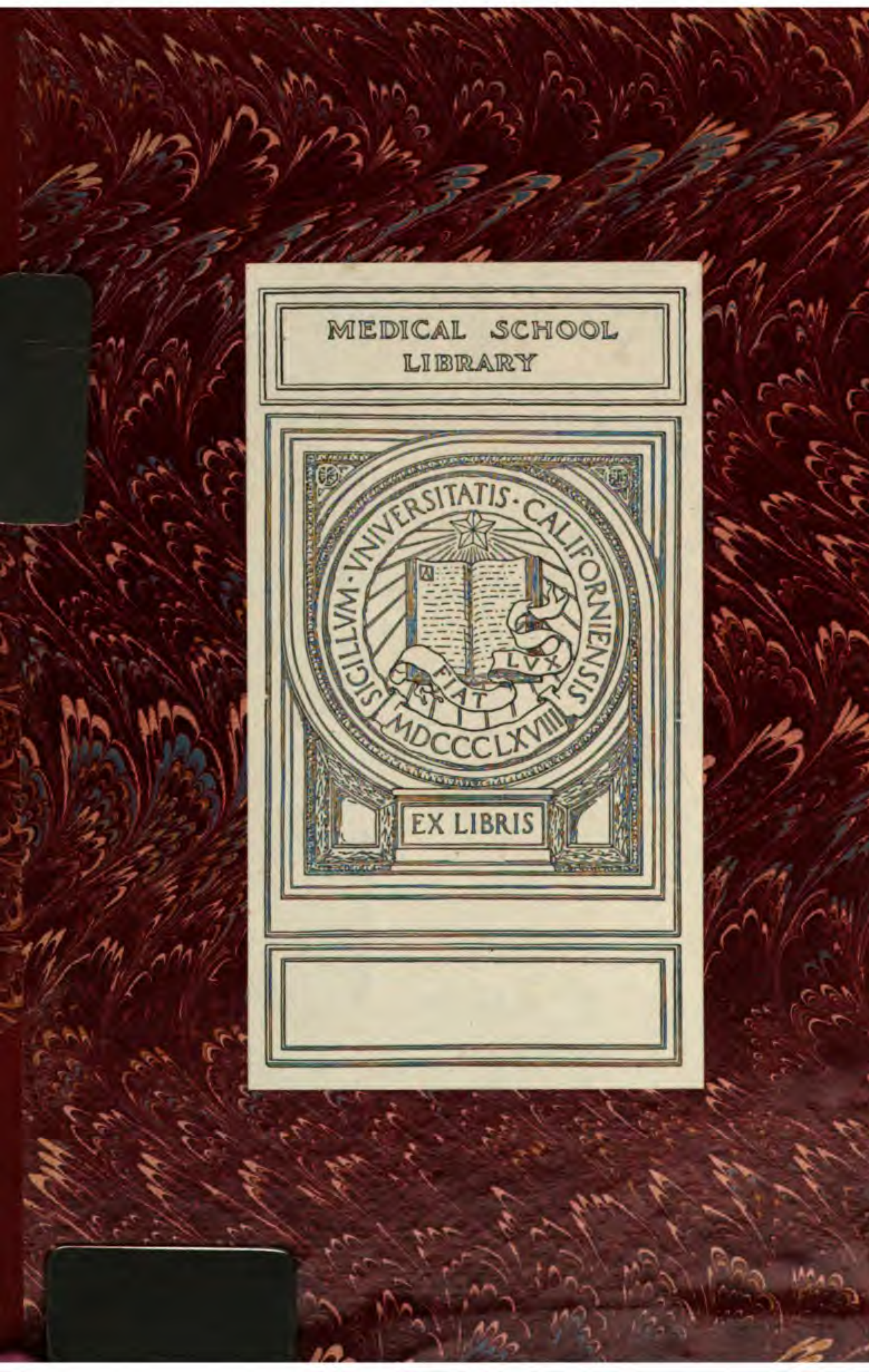
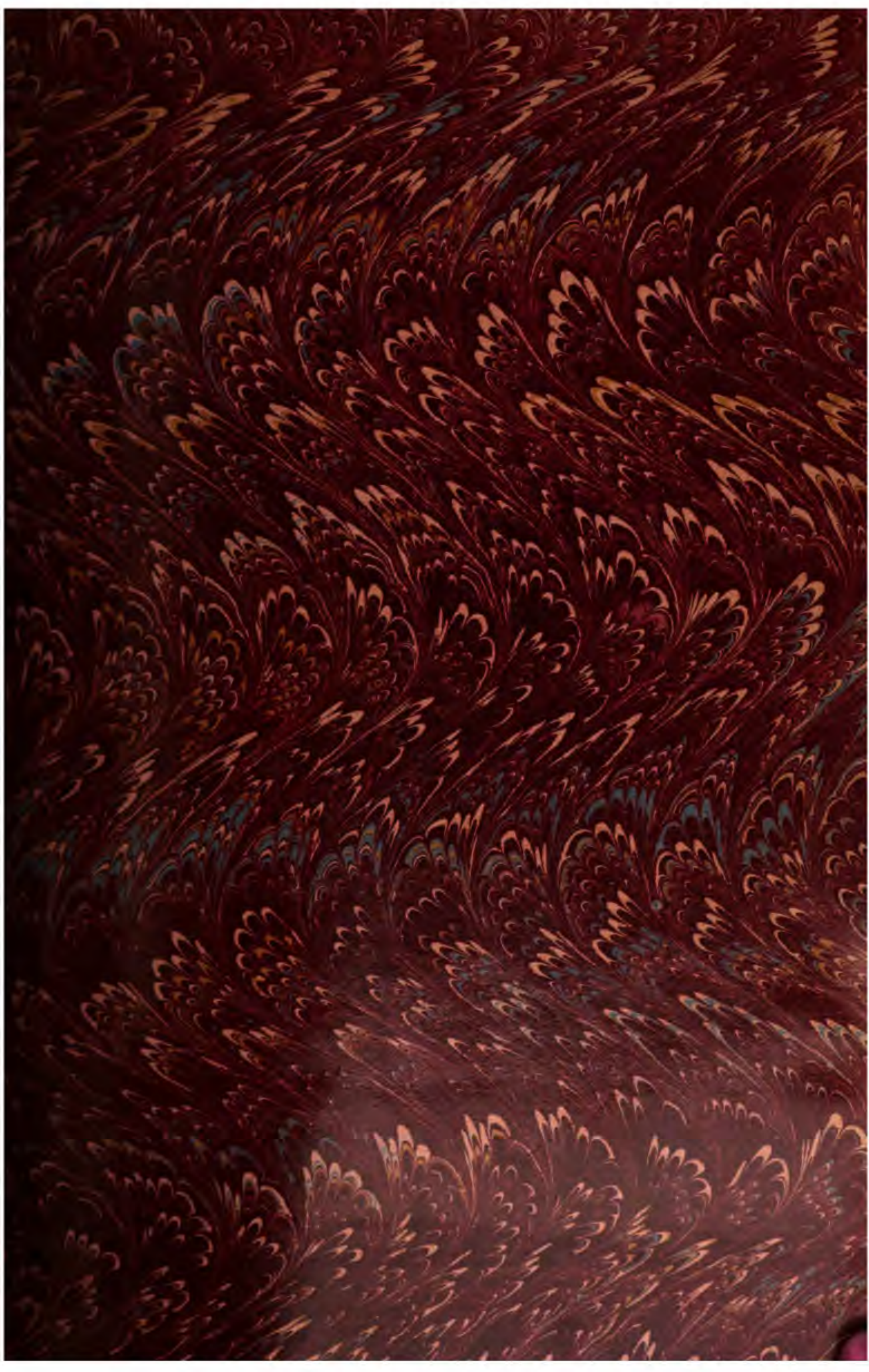
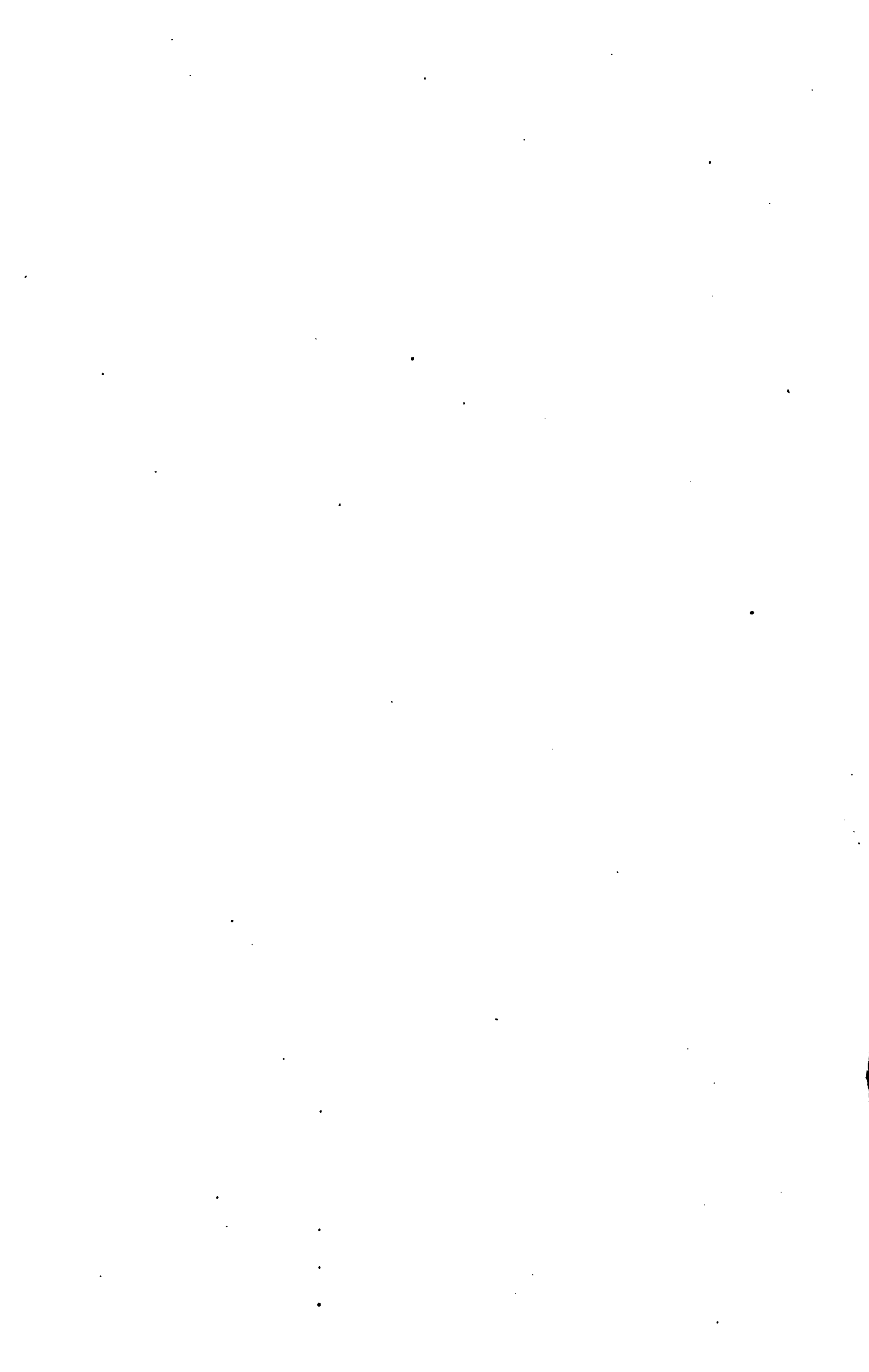


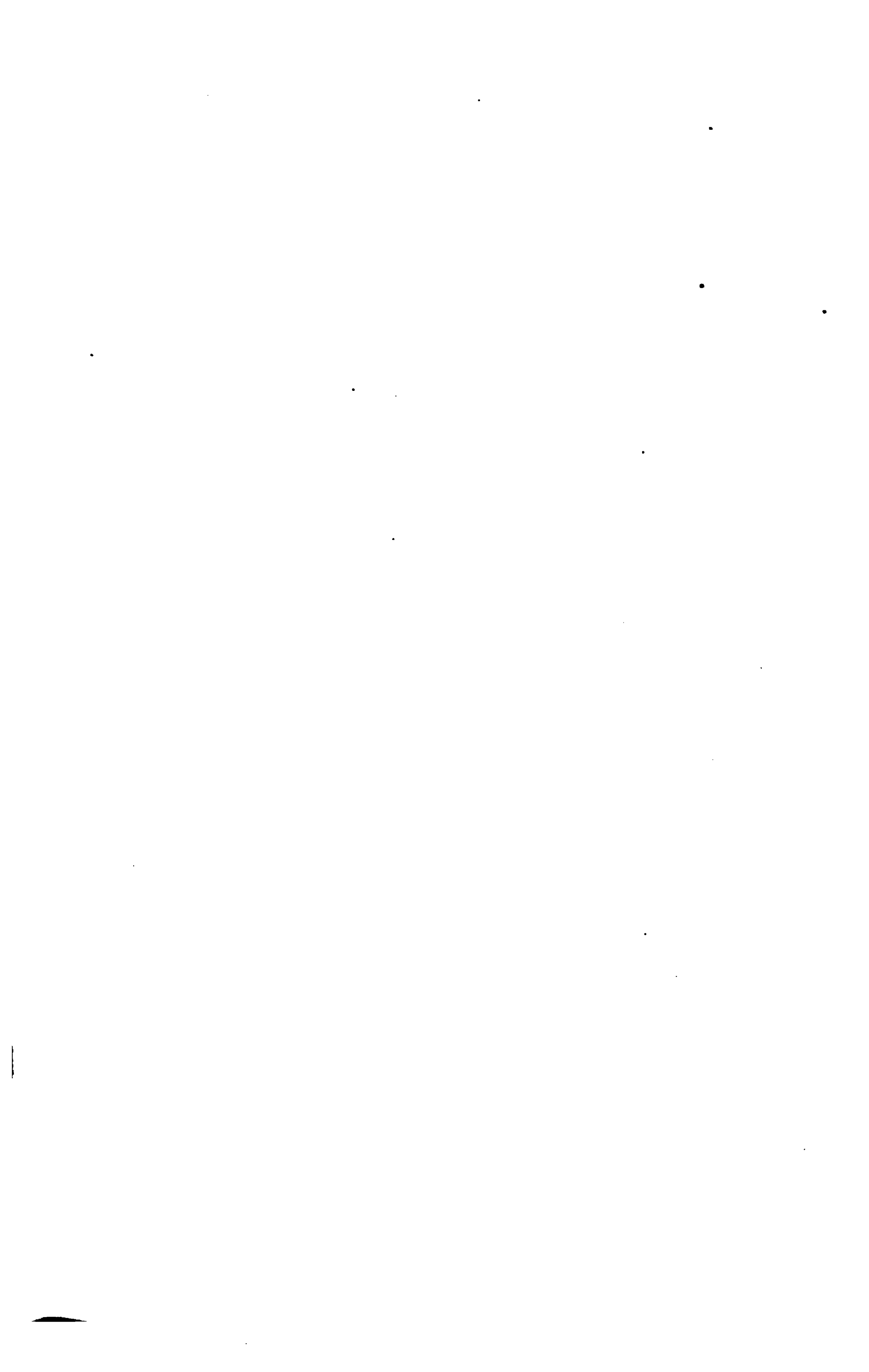

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

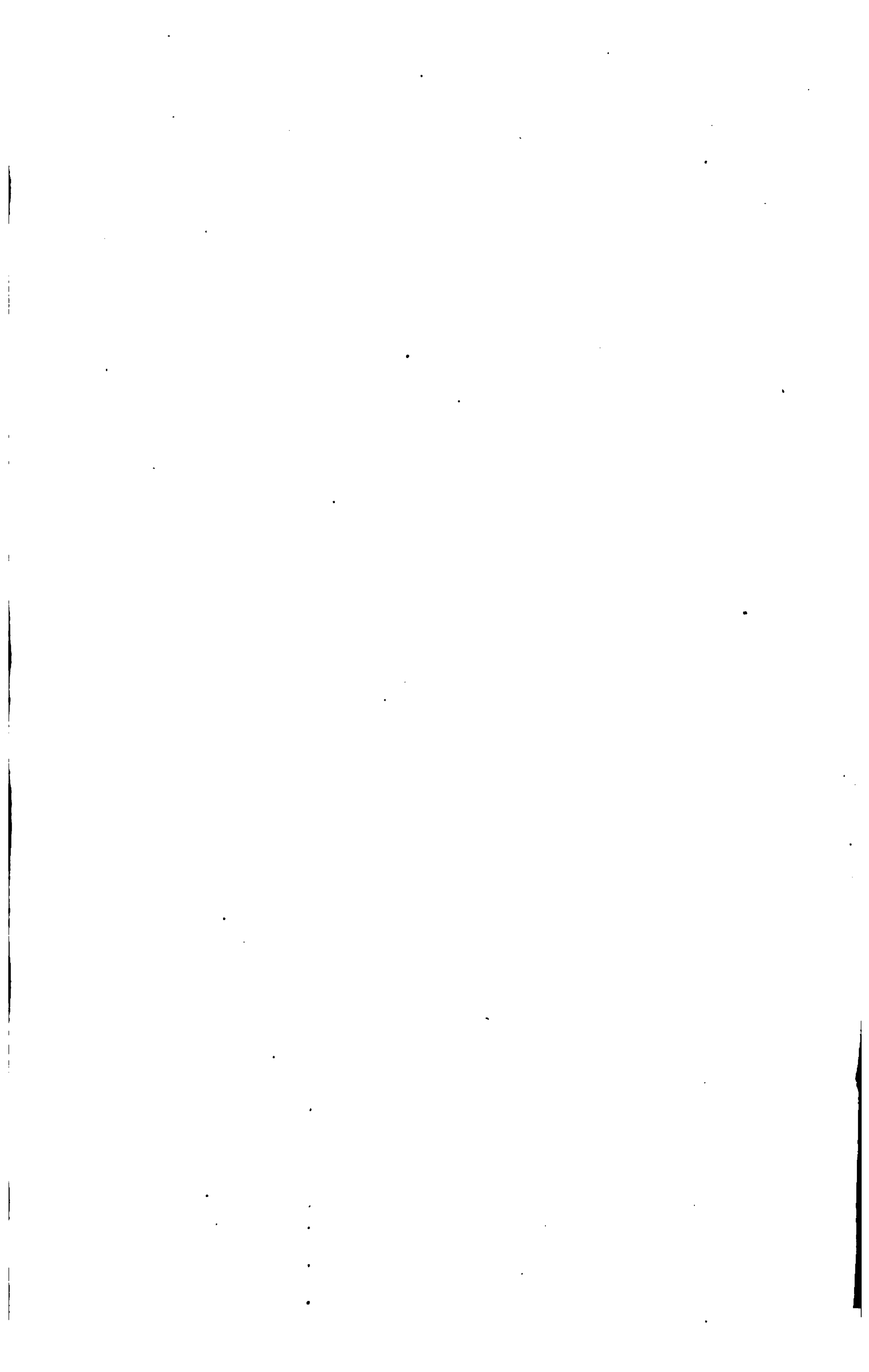












Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. **Althaus** (London), Professor **M. Bernhardt** (Berlin), **Bramann** (Berlin), **Buch** (Wilmanstrand in Finnland), Docetn **Bumm** (Würzburg), **Dehn** (Hamburg), Professor **Dománsky** (Krakau), **Goldstein** (Aachen), Sanitätsrath **Hauptmann** (Gleiwitz), **Hinze** (St. Petersburg), **Hirschmann** (Remscheid), **Holtermann** (Sachsenberg), Direktor **Karrer** (Klingenmünster), **König** (Dalldorf), **Kron** (Berlin), **Krueg** (Ober-Döbling bei Wien), **Kurella** (Owinsk), **Landsberg** (Ostrowo), **Langreuter** (Eichberg), Professor **Laufenauer** (Budapest), **Leppmann** (Breslau), **Matusch** (Sachsenberg), Docent **Möbius** (Leipzig), **Moravcsik** (Budapest), Docent **Fr. Müller** (Graz), **Nagel** (Halle a. S.), Direktor **Neuendorf** (Bernburg), **Nieden** (Bochum), Professor **Obersteiner** (Wien), **Otto** (Dalldorf), **Pauli** (Köln), Direktor **Pierson** (Pirna), **Pollak** (Budapest), **Rabow** (Berlin), **Reinhard** (Hamburg), **Rohden** (Oeynhausen), Docent und Primärarzt **Ottomar Rosenbach** (Breslau). **A. Rosenthal** (Warschau), **Stoltenhoff** (Saargemünd), Sanitätsrath **Voigt** (Oeynhausen), Direktor **Wähner** (Allenberg) u. A.

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirigirendem Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

X. Jahrgang 1887.



Leipzig,

Verlag von Theodor Thomas.

Verzeichniss der Originalien.

1. Die elektrische Behandlung der refrigeratorischen Gesichtslähmung von C. Engelskjön in Christiania. pag. 1.
2. Zu welchem Zeitpunkt ist es angezeigt, mit der elektrischen Behandlung akut entzündlicher Krankheiten des Nervensystems zu beginnen? von Dr. Richard Friedländer in Wiesbaden. pag. 33.
3. Neurasthenie und Pathophobie von Prof. P. J. Kowalewsky in Charkow. pag. 65.
4. Ein Fall von doppelseitiger Ophthalmoplegie mit ataktischen Erscheinungen und einseitiger Parese der Kaumuskulatur von Dr. Ziem in Danzig. pag. 97.
5. Ueber aufsteigende Lähmung nach Keuchhusten von P. J. Möbius. pag. 129.
6. Der erste psychiatrische Congress in Russland von Dr. Hinze in St. Petersburg. pag. 133.
7. Ueber Hysteroepilepsie der Knaben von Prof. Karl Laufenauer in Budapest. pag. 161.
8. Die neurologische Section auf dem II. Congress russischsr Aerzte in Moskau 1887 von Dr. Hinze in St. Petersburg. pag. 167, 198.
9. Beitrag zur Lehre von den Modificationen der partiellen Entartungsreaction von Prof. M. Bernhardt in Berlin. pag. 193.
10. Ueber das Wesen der Basedow'schen Krankheit von P. J. Möbius. pag. 225.
11. Ueber Paraplegie bei Pott'scher Krankheit von Dr. Julius Althaus in London. pag. 257.
12. Beitrag zu der sogenannten Galvanisation des Sympathicus von C. Engelskjön in Christiania. pag. 289.
13. Zur Wirkungsweise des Hypnon bei Geisteskranken von Dr. Hans Rottenbiller in Budapest. pag. 321.

14. Ueber Gehörsstörungen in Fällen leichter peripherer Facialislähmung von Dr. Ottomar Rosenbach, Privatdocent in Breslau. pag. 353.

15. Athetosis bilateralis. Eine casuistische Mittheilung von Dr. Kurella in Owinsk. pag. 385.

16. Neurologische Beobachtungen von Prof. M. Bernhardt. I. Ueber eine durch besondere Eigenthümlichkeiten ausgezeichnete traumatische Radialislähmung. pag. 417. II. Weitere Beiträge zur Lehre von der „partiellen Empfindungslähmung" [centraler Gliomatose (Cervical-) Rückenmarks?]. pag. 420.

17. Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung von P. J. Möbius. pag. 449, 481.

18. Ueber das Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Basedow'scher Krankheit von Prof. A. Eulenburg in Berlin. pag. 513.

19. Ueber einen Fall von Cocainvergiftung von Dr. Richard Wagner in Blankenburg in Thür. pag. 518.

20. Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes von G. Jelgersma. pag. 545, 577, 609.

21. Ueber Hemiplegie und seelische Störung nach Keuchhusten von P. J. Möbius. pag. 641.

22. Zur Pathologie der Thomsen'schen Krankheit von Prof. M. Bernhardt in Berlin. pag. 673.

23. Ueber die Verminderung des elektrischen Widerstandes bei der Basedow'schen Krankheit von Dr. Romain Vigouroux in Paris. pag. 705.

24. Zusatz zu vorstehender Mittheilung von A. Eulenburg in Berlin. pag. 708.

25. Zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit. Eine Mittheilung aus der Praxis von Dr. med. Schüler in Cüstrin. pag. 739.

Ein genaues alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss befindet sich am Ende des Bandes.

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. Januar 1887. Nro. 1.

Inhalt.

I. Originalien. Die elektrische Behandlung der refrigeratorischen Gesichtslähmung. Von C. Engelskjön in Christiania.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. **Bernhardt**: Beitrag zur Pathologie der Bleilähmungen. **Thomsen**: Ueber 6 Fälle von multipler Alcohol-Neuritis. II. Aerztlicher Verein in Hamburg. **Eisenlohr**: Einige anatomische Befunde bei der sogenannten spastischen Spinalparalyse. III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. **Schwarz**: Ein Fall von Paralysis spinalis spastica bei einem 6 jährigen Kinde. **Scheiber**: Ein seltener Fall von acuter Morphiumintoxication. **Schwarz**: Ein Fall von Neuritis.

III. Referate und Kritiken. **Mauthner**: Die nicht nuclearen Lähmungen der Augenmuskeln. **Buttersack**: Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, nebst einigen Bemerkungen über Polyurie und Polydipsie. **Hallager**: Ueber Gewichtsverlust nach dem epileptischen Anfall. **Kopp**: Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. **Hintze**: Das Plantargeschwür und sein Verhältniss zur Tabes dorsalis. **Strümpell** und **Möbius**: Ueber Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankung peripherer Nerven. **Riggs**: Klinische Umrisse zweier Fälle von Pseudo-hypertrophischer Spinalparalyse. **Beall**: Paresis nach tonsilitis. **Brown**: Tetanus — Heilung. **v. Reick**: Arsenic in der Behandlung der Arthritis deformans. **Rosenberg**: Zur Kenntniss von der Hysterie beim Manne. **Berbez**: Ueber die Neigung zu Contracturen und besonders über die bei Hysterischen (Männern und Frauen) durch Anlegen einer Ligatur hervorgerufene Contractur. **Horsley**: Ueber Gehirn-Chirurgie. **Johnson, Heydenreich, Ferrier, Schramm**: Oophorectomie bei Neurosen. **Mays**: Wirkung des Hydrastin. **Seifert, Beckler, Müller**: Vergiftung nach Bals. cannab. indicae. **Savage**: Trunkenheit und Zurechnungsfähigkeit. **Sinclair** und **Abraham**: Hartnäckige Selbstverstümmelung.

IV. Tagesgeschichte. Aus England.

I. Originalien.

Die elektrische Behandlung der refrigeratorischen Gesichtslähmung.

Von C. ENGELSKJÖN in Christiania.

Die refrigeratorische (rheumatische) Gesichtslähmung ist seitens der Elektrotherapeuten keineswegs stiefmütterlich behandelt worden, jedoch dürfte es zweifelhaft sein, ob der elektrische Strom, nach der jetzigen Methode angewendet, einen reellen Fortschritt in der Therapie dieser Krankheit repräsentirt. Wenigstens ist die Zahl derer nicht

unbedeutend, welche das allmähliche Verschwinden der Krankheitssymptome während der elektrischen Behandlung einfach der Naturheilung zuschreiben, und anscheinend nicht ohne Recht; denn sich selbst überlassen geht ja die Lähmung auch gewöhnlich vorüber, und augenfällige, sogleich eintretende Heileffecte auf die krankhaften Phänomene hat die Elektrotherapie soweit mir bekannt, nicht aufzuweisen.

Daran scheint jedoch der elektrische Strom nicht an und für sich Schuld zu sein.

Indem wir von dem *rheumatischen* Ursprung dieser Krankheit absehen (wenn wir zum Rheumatismus als Erklärung greifen, zerhauen wir einfach den Knoten, statt ihn zu lösen), werden wir uns die Frage stellen: Wie entsteht der die Lähmung bedingende refrigeratorische Krankheitsprozess? entsteht er durch die *directe* Einwirkung der Kälte auf den motorischen Nerven, oder entsteht er vermittelst eines durch die Kälte ausgelösten reflectorischen Prozesses?

Die Beantwortung dieser Frage dürfte nicht schwierig sein. Die erste Möglichkeit ist wenig wahrscheinlich. Denn oft entsteht, wie bekannt, die Lähmung durch eine so geringfügige und schnell vorbeigehende Einwirkung der Kälte, dass von einer *Abkühlung* der beschützten Nervenzweige oder der Muskeln unmöglich die Rede sein kann. Mitunter findet man auch den Acusticus gleichzeitig und offenbar durch die Einwirkung desselben ursächlichen Moments erkrankt, wie schon Brenner beobachtet hat; dass aber der Hörnerv von der Kälte directer getroffen werden könne, wird wohl Niemand ernstlich annehmen. Viel bequemer ist hier der Ausweg, dass der Facialisnerv rheumatisch-entzündlich erkrankt ist, und dass der entzündliche Prozess die schützenden Nervenscheiden auf der Strecke durchbrochen hat, wo der Facialis und der Acusticus neben einander verlaufen. Aber wie ich schon oben bemerkt habe, spricht es mich nicht an, die Zuflucht zum Rheumatismus zu nehmen, und meine im Folgenden mitgetheilten Beobachtungen sprechen auch nicht zu Gunsten einer Identität des rheumatischen und refrigeratorischen Prozesses. Es ist desshalb viel wahrscheinlicher, dass die Lähmung in reflectorischem Boden wurzelt, dass m. a. W. die Kälte, auf die Haut-Endorgane centripetaler Nervenbahnen einwirkend, einen vasomotorisch-trophischen Reflexprozess auslöst, der sich in grösserer oder geringerer Ausbreitung auf den Facialis und manchmal zugleich auf andere Nerven, den Acusticus, den Trigeminus inclus. die Geschmacksfasern und auf die Augenmuskelnerven wirft, und ein fortwährendes Hinderniss für die Heilung resp. Neubildung der erkrankten und abgestorbenen Fasern abgiebt. Dürfen wir so die Möglichkeit annehmen, dass die refrigeratorische Lähmung durch einen Act des Reflexes entsteht, so ist damit auch gesagt, dass die gegenwärtig gegen diese Krankheit gebräuchliche Form der Elektrisation nicht zweckmässig ist. Denn unter jener Voraussetzung ist der centrale Reflexmechanismus, von welchem der paralysirende und die Paralyse unterhaltende Impuls ausgeht der wahre locus morbi, gegen welchen wir den elektrotherapeutischen Angriff richten müssen. Bei

der üblichen Form der Elektrisation geschieht dies aber keineswegs. Man elektrisirt einfach das Gesicht (mittelst des galvanischen oder des faradischen Stromes), indem man beabsichtigt, entweder durch directe oder indirecte Katalyse auf den kranken Facialisnerven einzuwirken. Die Resultate kennen wir; sie sind nicht besonders ermunternd.

Ich machte schon früh die Erfahrung, dass Neuralgien, welche durch die Einwirkung der Kälte entstanden waren, mit centraler Faradisation erfolgreich behandelt werden. Indem ich vermuthete, dass der refrigeratorische Krankheitsprozess in seinem Verhalten zur Elektricität immer sich selbst gleich bleibt, sei er in einem sensitiven oder in einem motorischen Nerven entstanden, kam es mir sehr erfolgverheissend vor, die Behandlung der refrigeratorischen *Lähmungen* auf dieselbe Weise zu versuchen. In der Absicht, ein reichlicheres Krankenmaterial zur Verfügung zu bekommen, ersuchte ich durch ein Circulair meine hiesigen Collegen, die in ihrer Praxis vorkommenden Fälle von Facialislähmung mir zuzuweisen, und ging sogleich zum Versuch über.

Hier theile ich das Resultat der drei instructivsten Fälle mit.

Observ. 1. *Fräulein, 20 Jahre. Linksseitige Lähmung, Neuralgie und Anästhesie der gleichnamigen Gesichtshälfte, Neuralgie und völlige Geschmacksanästhesie der l. Zungenhälfte; faradomusculäre Reaction verschwunden. — Sofortige günstige Wirkung der Oblongata-Faradisation.* 24. Juli. Nachdem die Pat. einige Zeit hindurch die Nächte in einem Zimmer zugebracht hatte, wo der defecte Zustand des Fensters eine unangenehme Zugluft veranlasste, bemerkte sie vor sechs Tagen des Morgens heftige Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, welche während der Nacht dem Fenster zugekehrt war. Die Schmerzen verschwanden am Abend, stellten sich aber den folgenden Tag wieder ein, und später ist die Pat. regelmässig mehrmals des Tages von Schmerzanfällen geplagt geworden. Vor zwei Tagen trat die Lähmung auf. Sie liess jetzt das Fenster repariren. Die Schmerzanfälle wiederholen sich fortwährend, mit freien Intermissionen, und sind mit Schmerzen in der linken Zungenhälfte verbunden. Nirgends Empfindlichkeit, auch nicht während den Schmerzanfällen. Die Haut der l. Gesichtshälfte bedeutend anästhetisch; absolute Geschmacksanästhesie der vorderen linken Zungenhälfte. Hier kann weder Weinsäure noch Zucker geschmeckt werden, und der galv. Strom verursacht einfach Brennen. — Sämmtliche von dem Facialis versorgten Gesichtsmuskeln sind gelähmt; nur eine geringe Beweglichkeit des Orbicularis palp. kann noch bemerkt werden. Die Uvula steht schief, mit der Spitze der gesunden Seite zugekehrt. Intermittirendes Ohrensausen; Hörweite auf dem l. Ohr etwas geringer als auf dem rechten. Trommelfell klar.

Bei der elektrischen Untersuchung der gelähmten Muskeln wurden mittelst eines kräftigen faradischen Stromes schwache Contractionen des Orbicularis palp. ausgelöst; faradomusculäre Reaction in den übrigen Muskeln verschwunden. Galvanomuscul. Reaction erhöht, ohne qualitative Veränderung. Bei der Untersuchung war die eine Elektrode über das *Handgelenk* fixirt.

Die Gesichtsfeldprobe*) ergab folgendes Resultat: S. $3^1/_2$. F. 38. G. 35.

Nur die Oblongataelektrisirung wurde vorgenommen. Dabei wurde die eine Elektrode in der Nackengrube, die andere oberhalb des Kehlkopfs angesetzt. Dauer der Session jedesmal 2 Min.

Nachdem die faradische Elektrisirung der Oblongata vorgenommen war, zeigten sich folgende Veränderungen: *Die Schmerzen im Gesicht waren vollständig verschwunden, die Anästhesie hatte deutlich abgenommen und der verlorene Gesckmackssinn war theilweise zurückgekehrt, aber qualitativ verändert.* Die darauffolgende Galvanisation übte auf die Symptome keinen subjectiv bemerkbaren Einfluss aus.**)

Behandlung: Faradisation der Oblongata (täglich ein Mal).

25. Juli. Beweglichkeit des Orbicularis palp. nach der Elektrisirung deutlich zugenommen, die qualitative Veränderung des Geschmacksinns abgenommen. Die Schmerzen, welche erst seit Kurzem zurückgekehrt waren, verschwinden jetzt wieder.

26. Juli. Geschmacksinn nach der Faradisation normal, die Anästhesie der Gesichtshaut kaum bemerkbar. *Geringe active Beweglichkeit des Mundwinkels*; *faradomusculäre Reaction kehrt zurück.*

28. Juli. Anästhesie verschwunden ebenso wie das Ohrensausen. Seit dem 25. Juli keine Schmerzen. Faradomusculäre Reaction und Beweglichkeit des Mundwinkels deutlicher.

31. Juli. Active Beweglichkeit in der ganzen paralysirten Gesichtshälfte.

Die Pat. war in wenigen Tagen völlig restituirt.

Observ. 2. Frau, 50 Jahre. *Lähmung und Schmerzhaftigkeit der rechten Gesichtshälfte, faradomusculare Reaction erhalten. Augenblickliche günstige Wirkung der Oblongata-Faradisation und rasch zunehmende Beweglichkeit der gelähmten Muskeln; unter einer temporären Suspension der elektrischen Behandlung Stillstand in der Herstellung.*

6. November. Nachdem die Pat. seit vierzehn Tagen an neuralgischen, z. Th. sehr heftigen Schmerzen in der r. Kopfhälfte und im Gesicht gelitten hatte, trat vor neun Tagen Lähmung der rechten Gesichtshälfte auf. Die Lähmung hat sämmtliche Muskeln der leidenden Seite befallen und ist eine complete, nur der Orbicularis palp. zeigt eine geringe Beweglichkeit. Die Muskeln des Gaumensegels participiren nicht an der Paralyse; Geschmacksinn normal. Die Schmerzen

*) S. bedeutet die Weite des Gesichtsfeldes nach oben in Centim. gemessen, F. und G. dasselbe nach vorgenommener Faradisation und Galvanisation. (S. Archiv f. Psych. u. Nerv. B. XVI: Die elektr. Gesichtsfeldprobe von C. Engelskjön.)

**) Für den schädlichen Einfluss der negativen Stromesart ist in diesem Falle die Einwirkung auf das Gesichtsfeld der objective Ausdruck.

dauern fort, sind aber jetzt viel weniger heftig. Farado- und galvanomusculäre Reaction nicht wesentlich verändert. Bei der Gesichtsfeldprobe (Og.*) = Elektrisirung) wurde nach der Faradisation eine geringe Erweiterung des Gesichtsfeldes und *plötzliche Remission der Schmerzen* constatirt. Galvanisation wurde nicht vorgenommen.

Behandlung: Faradisation der Og. ein Mal täglich.

7. November. Kurz nach der Elektrisirung gestern Vormittags bemerkte die Pat., dass sie die Stirnhaut runzeln konnte.

Die Paralyse des Frontalmuskels ist fast ganz verschwunden.

8. November. Beginnende Beweglichkeit der Wangenmuskeln.

10. November. Beweglichkeit zunehmend.

Ich liess jetzt die Pat. mit der elektrischen Behandlung aufhören, indem ich hoffte, dass die noch restirende Lähmung ohne alle Kunsthilfe in wenigen Tagen verschwinden würde. Nach dem Verlauf von vier Wochen stellte sich die Pat. wieder bei mir ein; es zeigte sich aber jetzt, dass keine bemerkliche Veränderung der Lähmung in der verflossenen Zeit eingetreten war. — Im Gegensatz zu dieser Erfahrung bemerken wir bei der üblichen elektrotherapeutischen Methode, dass die Lähmung, wenn active Beweglichkeit sich erst eingestellt hat, auch ohne Elektrisirung verschwindet.

Observ. 3. Fräulein, 25 Jahre. *Lähmung und Schmerzhaftigkeit der linken Gesichtshälfte, Tic convulsif auf der rechten. Faradomuscul. Reaction verschwunden; Entartungsreaction. — Augenblickliche günstige Wirkung der Og.-Faradisation und frühes Eintreten der activen Beweglichkeit.*

3. November. Vor 10 Tagen begann die Pat., nachdem sie sich Abends in überhitztem Zustande der Winterkälte ausgesetzt hatte, des Morgens an reissenden Schmerzen im Kopf und in der linken Gesichtshälfte zu leiden. Zugleich merkte sie eine eigenthümliche Steifigkeit der Gesichtsmuskulatur, und den folgenden Morgen war die Lähmung ausgebildet.

Bei der Untersuchung wird complete Lähmung sämmtlicher Gesichtsmuskeln der l. Seite constatirt. Gaumensegel beweglich. Die Schmerzen bestehen fortwährend, mehrere Nervenzweige für Druck empfindlich. Keine Veränderung des Geschmacksinns; kein Ohrensaussen, keine Druckempfindlichkeit des Proc. mastoideus; Trommelfell klar. Die Pat. klagt über Schwindlichkeit, Gedächtnissschwäche und deprimirte Stimmung, welche Symptome sich schon in den ersten Tagen der Krankheit eingestellt haben sollen. Im Orbicularis palp. der nicht gelähmten Seite traten unwillkürliche Zuckungen häufig auf, und besonders beim Lächeln contrahiren sich auch die übrigen Muskeln dieser Seite krampfhaft, wodurch das Gesicht fratzenhaft verzerrt wird. Der Krampf hat in den letzten Tagen zugenommen. Sämmtliche gelähmte

---

*) Og. = Oblongata.

Muskeln reagiren nicht auf den faradischen Strom; in den untersuchten Muskeln Entartungsreaction.*) Die Gesichtsfeldprobe wurde unterlassen.

Unter der Einwirkung eines kräftigen faradischen Stromes auf die Oblongata verschwinden die Schmerzen und die Empfindlichkeit der Nervenzweige.

Behandlung: Faradisation der Og. täglich ein Mal.

6. November. Keine Schmerzen in den letzten 24 Stunden.

12. November. Beginnende active Beweglichkeit des Mundwinkels.

17. *November.* Active Beweglichkeit nimmt zu.

18. November. Beweglichkeit ziemlich kräftig.

19. November. Deutliche Beweglichkeit des Buccinators und Frontalis. Seit dem 5. November keine Schmerzen. Gesichtskrampf dauert fort, ist aber nicht so heftig und stellt sich viel seltener ein.

26. November. Faradomusc. Reaction zurückgekehrt (Untersuchung in dieser Richtung früher unterlassen).

17. *Dezember.* Schiefheit des Gesichts kaum bemerklich.

Diese drei Beobachtungen dürfen hinreichend sein um den Beweis zu liefern, dass zwischen den Resultaten der peripheren und der centralen Elektrisation ein gewaltiger Unterschied besteht. Freilich habe ich Fälle behandelt, wo die Lähmungssymptome auch für die Og.-Elektrisation etwas langsamer gewichen sind, doch habe ich das Eintreten der activen Beweglichkeit selbst in ernsten Fällen bisher nicht später als in der 7. Woche beobachtet. Und selbst wenn es sich herausstellen sollte, dass auch diese Form der Elektrisation misslungene Resultate aufzuweisen hat (darauf muss man vorbereitet sein! denn hier wie überhaupt müssen individuelle Verhältnisse eine Rolle spielen können), so wird dadurch das Gewicht der obigen Observationen keineswegs paralysirt.

Hinzufügen muss ich noch, dass ich in den sub Observ. 1 und 3 mitgetheilten Fällen keine Veränderung der Schmerzen nach der bei der elektr. Untersuchung vorgenommenen kräftigen Elektrisation *des Gesichts* beobachtete, und dass ich in keinem Falle, wo die Phänomene der Entartungsreaction beobachtet wurden, eine consecutive Contractur der früher gelähmten Muskeln sah.

In einem Falle, wo ich die Messung der Temperatur in den beiden äussern Ohrgängen vornahm, fand ich auf der gelähmten Seite eine Temperaturerniedrigung um 1° C. Ich habe nur in diesem einen Falle die Temp. gemessen.

Christiania im October 1886.

---

*) Die Untersuchung der Reaction des N. facialis wurde bei dieser Gelegenheit unterlassen und später leider vergessen.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 13. Dezember 1886.

Vor der Tagesordnung erwähnt Herr Moeli mit Rücksicht auf das Protocoll der Sitzung vom 14. Dezember 1885, dass er nicht einen definitiven Ausspruch betr. der Verwendung des Jendrassik'schen Verfahrens habe thun wollen. — Er hat das Verfahren bei einer Anzahl von Kranken längere Zeit hindurch fortdauernd angestellt und findet, dass bei den Alkoholisten, wo motorische Schwäche oder gar Atrophie vorhanden ist, das Westphalsche Zeichen durch J's. Verfahren nicht aufgehoben wird — bei andern kommt öfter dadurch das Kph. zu Stande; bei Tabes hat er nur einmal nach längerer Abwesenheit des Kph. dasselbe unter J. wieder auftreten sehen. Bei Paralytischen mit Westph. Zeichen findet sich ein Einfluss des J'schen Verfahrens in ca. 33%. Dabei ist zu bemerken, dass unter diesen nun schon seit Jahresfrist fortlaufend untersuchte Patienten sich befinden, bei denen das Kph. constant durch J. wiederkehrt. Es ist desshalb ein durchgreifender Unterschied in der Wirkung des J'schen Verfahrens gegenüber den für das Zustandekommen des Westphalschen Zeichens anzunehmenden Ursachen nicht vorhanden, höchstens scheint es als ob bei Paralytischen für längere Zeit ein Erfolg zu erzielen sei als bei Tabischen.

1) Darauf hält Herr **Bernhardt** seinen Vortrag: *Beitrag zur Pathologie der Bleilähmungen.*

In einer im Centralblatt für Nervenheilkunde etc. (1886, Nro. 1) erschienenen Arbeit betitelt: „Ueber einige ungewöhnliche Fälle von Bleilähmung“ betont Möbius auf Grund seiner Erfahrungen, „dass bei „Feilenhauern *vorwiegend* oder *ausschliesslich* die Muskeln des linken“ „Daumens erkranken. Dadurch treten diese Feilenhauerlähmungen“ „im Gegensatz zu der gewöhnlichen Form der Bleilähmungen, denn“ „wenn auch bei schweren Fällen der letzteren Lähmungen der kurzen“ „Daumenmuskeln und der Interossei gar nicht selten vorkommen, so“ „geschieht dies doch nur nachdem die langen Strecker der Finger“ „und die der Hand erkrankt sind. Das primäre Erkranken der Dau-“ „menmuskeln bei Feilenhauern lässt sich nur auf die in ganz unge-“ „wöhnlicher Weise stattfindende einseitige Ueberanstrengung dieser“ „Muskeln beziehen, wie dies auch Remak gethan hat.“ — Möbius stützt seine Behauptungen auf im Ganzen 3 Fälle, von denen der Dritte nur anamnestisch erhoben wurde und, wie wir sehen werden, der am wenigsten beweiskräftige ist. Ausserdem führt der Verf. noch einen von Remak vor Jahren publicirten hierhergehörigen Fall an.

In der ersten Möbius'schen Beobachtung fanden sich der linke m. adductor pollicis und die Daumenballenmuskeln selbst (diese in verschieden schwerer Weise) erkrankt, die übrigen Muskeln der linken Hand waren gesund. Rechts bestand leichte Schwäche der rechten Hand.

Im 2. Fall bestand eine an Lähmung grenzende Schwäche des adductor pollic. und des interossus I *links*, sowie Parese der Daumenopponenten.

Rechts bestand: mässige Schwäche im deltoideus, den Vorderarmbeugern, den kleinen Handmuskeln: aber auch *rechts* (wo die Hand und Fingerstrecker *nicht* afficirt waren) war die *Contraktion* (bei direkter galvanischer Reizung) des abd. poll. brevis etwas *langsam* und *ASz* = *KaSz*, während die deltoidei, die Oberarm- und Vorderarmmuskeln *beiderseits* sämmtlich normal reagirten. Also bestand auch *rechts* in einem der *Daumenballenmuskeln* (bei sonst freien Streckmuskeln) die EaR mindestens angedeutet.

Im III. Falle war die Bleiaffektion 12 Jahre vor der Untersuchung des zur Zeit in Bezug auf seine Hand- und Armmuskeln *gesunden* Kranken aufgetreten. Es bestand *damals* Lähmung *beider* Hände: letztere wird characteristisch als *Extensorenlähmung* geschildert: auch der *linke* Daumen sei erkrankt gewesen: P. habe den Meissel zwischen Daumen und Zeigefinger „nicht recht gefühlt" und habe ihn nach wenigen Hammerschlägen loslassen müssen. Die Muskeln an der *Streckseite der Vorderarme* (also auch links vgl. oben) und am *linken Daumen* seien geschwunden gewesen.

Um sich weitere Klarheit zu verschaffen hat **Möbius** die Fabrik, in der seine Kranken gearbeitet hatten, besucht. Diese besteht seit *15 Jahren* und beschäftigt immer *10—15* Feilenhauer. Während dieser Zeit sind *nur die 3* erwähnten Fälle von Lähmung vorgekommen. Die gegenwärtigen Arbeiter sind zum Theil Leute, welche seit 20, 30 und mehr Jahren in ihrem Gewerbe thätig sind. „Sie geben an, „dass wenn überhaupt, Kolik und Lähmung verhältnissmässig früh-„zeitig, in den 20er Jahren auftreten und dass die vorwiegende Er-„krankung des linken Daumens eine allen alten Feilenhauern bekannte „Thatsache sei."

Im Falle **Remak**'s endlich, dem 4. der von **Möbius** angegezogenen (Arch. f. Psych. II. S. 568 Fall VIII), bestand rechts eine veraltete Bleilähmung in den Extensoren der Basalphalangen und des Handgelenks, ferner im abd. poll. brevis und dem m. interossus primus. Links besteht Lähmung und Atrophie nur in sämmtlichen Daumenballenmuskeln und im m. interosseus primus in Folge besonderer Anstrengung dieser Muskeln. Aber **Remak** selbst fügt dem hinzu: „Links besteht keine Extensorenlähmung, sondern nur eine gewisse" „Schwäche derselben: nur die Streckung des dritten Fingers ist an-" „geblich erst seit acht Tagen keine vollkommene." Ferner war auch *links* schwache qualitative Entartungsreaktion in den Extensorenmuskeln angedeutet, obgleich die faradische Erregbarkeit hier in allen vom Radialis versorgten Muskeln erhalten ist und zwar bei auffallend geringer Stromstärke in der Sehne des ext. dig. med. (Erhöhung der Nervenerregbarkeit bei frischer Parese). — Immerhin war also auch hier das Extensorengebiet nicht frei, wenngleich wahrscheinlich erst neuerdings befallen.

Bernhardt selbst beobachtete im Laufe der Jahre folgende Bleiaffektionen bei 6 Feilenhauern.

1) Feilenhauer L., schon *20 Jahre beim Gewerb*, zeigt zur Zeit der Beobachtung (Oktober 1874) nach vorausgegangener (erstmaliger) Kolik, Parese der *rechten* Hand- und Fingerstrecker und exquisiten Bleirand. Charakteristische elektrische Erregbarkeitsveränderungen. *Linke* obere Extremität, speciell *Hand, ganz frei*.

2) Feilenhauer C. (43 Jahre alt), 29 Jahre beim Gewerb, hatte noch nie Kolik oder Lähmung. Klagt zur Zeit (1875 Februar) über *Schmerzen* in den Muskeln der Oberarme und Schultern. *Lähmung nirgends nachweisbar*.

3) Feilenhauer R (36 Jahre alt), seit 20 Jahren beim Gewerb, litt wiederholt an Kolik und lähmungsartigen Zuständen an den Händen. Neuerdings (1875) seit etwa 4 Wochen leidend. Allgemeine Schwäche, Mattigkeit, Zittern der oberen Extremitäten (tremor saturninus), Bleirand. — *Nirgends ausgesprochene Lähmung oder Atrophie*.

In einer Feilenhauerwerkstatt Berlins (Albrecht, Wilhelmstrasse) fand B. Januar 1886 3 Gesellen und 1 Lehrling. Zwei der Gesellen waren kräftige starke Leute; der eine ist seit 15, der andere seit 11 Jahren beim Gewerb, beide waren noch nie bleikrank. Handmuskeln speciell gesund und sehr kräftig.

Der 3. Geselle hatte 2 mal Koliken und lähmungsartige Zustände gehabt. Zur Zeit war er vollkommen gesund. Die Daumenballenmuskeln und der m. inteross. prim. *links* waren eher hypertrophisch. Der Lehrling war gesund.

Im Oktober 1886 fand B. in der Feilenhauer-Aktiengesellschaft (Berlin, Chausséestrasse) mehr als 50 Arbeiter: keiner der Anwesenden, von denen viele schon Jahre lang beim Gewerbe waren, hatte zur Zeit Lähmung der Extensoren oder der Daumenballenmuskeln. Diese waren meistens links (nebst dem I. m. interosseus) kräftig entwickelt.

Einer der Gesellen hatte vor noch nicht langer Zeit nach Koliken an allgemeiner Schwäche gelitten, ohne irgendwo (speciell nicht an den Daumen) ausgesprochene Lähmungszustände zu haben. Ein zweiter hatte öfter Kolikanfälle durchgemacht; die sehr kräftigen Vorderarm- und Handmuskeln beiderseits gesund. Ein dritter noch jetzt einen Bleirand zeigend, hatte Koliken gehabt und *auch über Schwäche der linken Daumenmuskeln* geklagt; zur Zeit arbeitete er, ohne von Lähmung oder Atrophie speciell links am Daumen, etwas aufzuweisen. Ein vierter endlich hatte vor Kurzem wegen Bleilähmung die Arbeit einstellen müssen (zur Zeit meines Besuches arbeitete er wieder); hier war es der rechte m. deltoideus, der afficirt gewesen war, der Mann hatte den rechten Arm in der Schulter nicht heben können. Jetzt war er wieder wohl; von Lähmung oder Atrophie war zur Zeit nichts aufzufinden, speciell nicht an der linken Hand und dem linken Daumen. Fast alle Arbeiter zeigten links hypertrophische Thenarmuskeln und gut ausgebildete m. m. interossei.

Diesen Fällen gegenüber, die nichts krankhaftes an den Daumenballen boten, sah B. 4) 1875 einen Feilenhauer K. der, seit 15 Jahren beim Gewerk, seit den letzten 6 Jahren mehrfach Kolikanfälle und Lähmungszustände durchgemacht hatte. Ende November 1875 bestand seit 14 Tagen Lähmung der rechten Streckseitenmuskulatur am Vorderarm, *während links nur der Daumen nicht bewegt* werden konnte. Leider habe ich darüber *keine* Notizen mehr, ob die dem Radialisgebiet angehörigen Daumenmuskeln afficirt waren, oder die eigentlichen Thenarmuskeln. Ich hatte aber Gelegenheit *denselben Mann* Anfang 1886 (er arbeitete schon wieder 9 Jahre als Feilenhauer wiederzusehen: er ist vollkommen wohl; an seinen Händen (speciell der linken) ist von Lähmung oder Atrophie nirgends etwas zu sehen; keiner aus der Werkstatt ist, soweit er weiss, leidend.

5) Der Feilenhauer Sch. (1879 32 Jahre alt), seit dem 14. Jahre beim Gewerk, hatte öfter schon Bleikoliken und Lähmungen gehabt. Seit Anfang 1879 Lähmung der Strecker und Parese der Beuger der rechten Finger, des abd. poll. longus, Atrophie und Lähmung der *rechten* Thenarmuskeln und des I. m. interossus.

Links Parese des extensor digitorum comm., wenigstens der Abschnitte für den III. und IV. Finger, und Parese auch der Daumenstrecker. — Thenarmuskeln intakt.

6) Feilenhauer K., 34 Jahre alt, seit 21 Jahren beim Gewerk, hatte vielfache Kolik- und Lähmungsanfälle durchgemacht.

Links besteht (Februar 1886) Lähmung des extensor poll. brevis, und abd. poll. brevis, die übrigen Strecker der Hand und Finger frei.

Rechts Fingerstrecker afficirt, die eigentlichen Handstrecker frei. Der Abd. poll. longus und der extensor poll. longus und brevis sind paretisch, desgleichen die eigentlichen Daumenballenmuskelen.

(Eingehendere Angaben, speciell die Notitzen über die elektrischen Reaktionserscheinungen werden in einer später erscheinenden Dissertation eines der Zuhörer B.'s gegeben werden.)

Aus dem bisher Mitgetheilten geht nun also hervor, dass zunächst in den durch Möbius bekannt gegebenen Fällen nur der *erste* in Bezug auf das, was er beweisen soll, *ganz* einwandsfrei ist. Aus B.'s eigenen Beobachtungen ergiebt sich, dass die urgirte Erkrankung (Atrophie und Lähmung der linken Daumenballenmuskulatur und des ersten m. interosseus) bei Feilenhauern in der That sich findet (Fall 4, zweifelhaft, jedenfalls kam es hier zur Heilung, wenn die besagte Affektion überhaupt bestand und Fall 6); in Fall 5 und Fall 6 bestand aber die Daumenballenaffektion in der häufiger bei Bleikranken sich findenden Weise auch *rechts,* und zwar in Fall 5 *nur* dort. Dass aber bei Feilenhauern vorwiegend oder gar ausschliesslich, wie Möbius meint, die Muskeln des linken Daumens erkranken, geht aus den von B. angeführten Thatsachen *nicht* oder doch wenigstens *keineswegs sicher* hervor.

Dass auch bei anderen Bleigelähmten, welche den verschiedensten Berufsarten angehören können, neben der bekannten typischen Exten-

sorenlähmung eine Betheiligung der Daumenballenmuskeln und des I. (eventuell mehrerer) m. interosseus vorkommt ist eine längst bekannte Thatsache.

Dies beschrieb schon Duchenne bei 6 Malern (in der Ausgabe seines Werkes von 1872, S. 675) für den rechten Daumenballen, nachdem er von seiner früheren, in der ersten Auflage seines Werkes geäusserten Meinung über die Aetiologie (Druck des Stiels des Malerpinsels auf die Daumenmuskeln) zurückgekommen war. In der 1875 bekannt gegebenen Arbeit von Remak (zur Pathogenese der Bleilähmungen. Berlin 1875) hat dieser Autor in 5 Fällen (1 Schriftgiesser, 1 Glaseur, 1 Klempner; 2 mal Intoxikation durch Schminke) die hier in Rede stehenden Muskelgruppen (neben den bekannten anderen) und zwar 4 mal beiderseitig, 1 mal rechtsseitig afficirt gefunden. In einem Falle Schultze's (bei einem Gasinstallateur, Arch. f. Psych. XVI. S. 795) waren beiderseits die Daumenballenmuskeln und rechts auch der inteross. ext. prim., in einem Falle Oppenheim's bei einem Schriftgiesser (Arch. f. Psych. XVI. S. 476) das spat. inteross. primum, thenar und hypothenar abgeflacht (beiderseits?).

B. selbst hat seit Jahren hierhergehörige Fälle gesehen: von 9 derartigen Patienten waren 4 Maler und je einer Schlosser, Emailmaler, Anstreicher, Lackirer und Klempner. Bei diesen Kranken fand sich die Daumenballen- (bezw. Interosseus primus) Betheiligung an der Bleiatrophie und Lähmung *nur* rechts 7 mal, *rechts und* links 2 mal. Von einer besonderen Anstrengung der Thenar- oder Zwischenknochenmuskeln war bei den so Erkrankten eben so wenig die Rede, wie bei der grossen Anzahl anderer Bleigelähmter, welche denselben Beruf ausübten, die fragliche Daumenmuskellähmung aber nicht hatten. Dabei fanden sich unter den beobachteten Kranken z. B. einer (Klempner), dessen Supinatoren, Handstrecker, Strecker des kleinen Fingers, Abduktor und Strecker des Daumens *rechts* intakt und nur der *m. extensor digit. comm.* sowie *die Daumenballenmuskeln* und der *adductor pollicis afficirt* waren, *links* waren die Daumenballenmuskeln afficirt, die Extensoren aber fast ganz frei, kaum paretisch. Bei einem andern Kranken (Schlosser) waren rechts neben einzelnen Daumenballenmuskeln und dem interosseus primus nur die eigentlichen Fingerstrecker afficirt; die Handstrecker aber und die langen Daumenmuskeln frei. — Die linke obere Extremität war intakt.

Soviel scheint also aus dem Mitgetheilten hervorzugehen, dass die von Möbius angeregte Frage zur Zeit noch nicht spruchreif ist: es wird noch weiterer Beobachtungen bedürfen, ehe es gestattet ist, ein endgültiges Urtheil abzugeben. (Ausführliche Krankengeschichten sowie Beiträge zu der Frage der vorzugsweisen Betheiligung einseitig angestrengter Muskeln an der Bleilähmung werden in der oben erwähnten, wahrscheinlich im Laufe des Jahres 1887 erscheinenden Dissertation mitgetheilt werden.) (Autoreferat des Vortr.)

2) Zum Schluss berichtet **Thomsen** *über 6 Fälle von multipler Alcohol-Neuritis;* von denen 3 letal verliefen. Das R. M. war gesund,

die peripherischen Nerven mehr weniger im Zustande der parenchymatösen Degeneration. Ein Fall wird genau mitgetheilt.

24 jähr. Schlächter, starker Potator, gesund. Weihnachten 1885 still, vergesslich, gehfaul. Ende Januar 1886 starke Durchkältung, gleich darauf Schwäche, Doppelsehen.

23. II. Bettlägerig, Parese beider Beine, Radialislähmung, Delirium.

25 II. Charité. Verwirrtheit. Pulsbeschleunigung bis 140, kein Fieber.

Nystagmus, Abducensparese, Ptosis P. R. gut, leichte Neuritis optica Paralyse der U. E., Parese der O. E., keine Ataxie. Starke Sensibilitätsstörungen, geringe Druckempfindlichkeit, Muskelsinn gestört. Oedeme, Knöcheldecubitus, Reflexe und Sehnenphänomene erloschen. Starke Herabsetzung resp. Aufhören der farad. Erregbarkeit, im Radialisgebiet, Vastus und Peroneusgebiet deutlich EaR.

Tod an Pneumonie 26. April. Innere Organe und R.-M. gesund. Die Nerven hochgradig degenerirt, wichtigster Befund: Degeneration des Astes des Oculomot. zum Levator palp. herdförmige Degeneration im sonst gesunden Abducens. Occulomotoriusstamm gesund. Bei einem zweiten Kranken, der nur Nystagmus dargeboten hatte, fand sich dieselbe herdförmige Degeneration im Oculomotoriusstamm. Vagusstamm beiderseits gesund.

Eine Discussion fand nicht statt.

Koenig (Dalldorf).

II. Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung vom 16. November 1886.

3) **Eisenlohr:** *Einige anatomische Befunde bei der sogenannten spastischen Spinalparalyse.*

Aus dem klinischen Bilde dieser Affection sind von einigen Autoren bestimmte Gruppen ausgeschieden worden, die besondere anatomische Befunde darboten und zum Theil in das Gebiet der combinirten Systemerkrankungen gehören. Derartige Fälle pubicirten Kahler und Pick, Strümpell und Andere. Neuerdings hat Westphal 5 Fälle veröffentlicht, die er „combinirte primäre Erkrankung der Rückenmarksstränge“ nennt. E. selbst beobachtete folgende 2 einschlägige Fälle:

1. Ein 30 jähr. früher syphilitischer Arbeiter erkrankte zuerst mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen. Ein halbes Jahr später trat complete Lähmung der unteren und Parese der oberen Extremitäten auf. Daneben bestanden spastische Erscheinungen in den Beinen jedoch keine Sensibilitäts- oder Blasenstörungen. Allmählich bildeten sich Contracturen der Kniegelenke, dann Intensionszittern wie bei multipler Sclerose, und Rothblindheit bei normalem objectivem Augenbefund heraus. Patient starb an florider Phthisis pulmonum. — Die microscopische Untersuchung des Rückenmarks ergab Degeneration der Py-

ramidenbahnen von der Med. obl. bis zum Lendenmark, der Goll'schen und eines Theils der Burdach'schen Stränge, der Kleinhirn-Seitenstrangbahn und der vorderen und hinteren grauen Substanz in verschiedenen Abschnitten. Chronische Meningitis fand sich nur an einer ganz umschriebenen Stelle. An den Sehnerven konnte nichts Abnormes gefunden werden.

2. Ein 30 jähr. Mann erkrankte zuerst mit Schwäche in den Beinen und zunehmender Schwerhörigkeit. Später traten Schwindel, Erbrechen und atactische Symptome auf, sodass vorübergehend ein Kleinhirntumor angenommen wurde. Allmählich aber traten die cerebellaren Erscheinungen wieder zurück, die motorische Schwäche der Beine bei stark erhöhter Reflexerregbarkeit nahm zu, und es entwickelte sich das Symptomenbild einer ausgesprochenen spastischen Spinalparalyse. Nach 2 jähriger Dauer trat eine vorübergehende Besserung der Bewegungsstörung auf, so dass Patient wieder gehen konnte. Dafür entstanden epileptische Anfälle, die früher nicht vorhanden gewesen. Patient starb an Pyelo-Nephritis mit Concrementbildung. — Die Section ergab eine frische Pachymeningitis haemorrhagica interna des Gehirns, chronische Meningitis der Convexität, graue Degeneration der Nn. Acustici, und auffallende Abplattung des Rückenmarks. Die histologische Untersuchung des letzteren zeigte vornehmlich Degeneration in den Randpartien, und zwar in den Vorder-, Seiten- und Hintersträngen und den Goll'schen Strängen. Im Dorsaltheil waren auch die Wurzelzonen und Burdach'schen Stränge degenerirt. Die Kerne und Wurzeln der Nn. Acustici waren intact.

E. hält den Versuch, bestimmte anatomische Gruppen aus dem Bilde der spastischen Spinalparalyse herauszuheben, für verfrüht. Auch seine Fälle sind keine typischen Systemerkrankungen. Dasselbe gelte wohl auch für die Fälle von Kahler und Pick und Strümpell. Auszusondern wären höchstens 1) die Friedreich'sche Ataxie. 2) Eine Form der Seitenstrangdegeneration und Randdegeneration, welche von den Gefässen ausgeht, und 3) einige atypische Formen der Tabes dorsalis, die unter dem klinischen Bilde der spastischen Spinalparalyse auftreten können. E.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 6. November 1886.*)

4) **A. Schwarz:** *Ein Fall von Paralysis spinalis spastica bei einem 6 jährigen Kinde.*

Ein 6 jähriger Knabe, dessen älterer Bruder seit 16 Jahren an ähnlicher Krankheit leidet, zeigt das Bild einer ausgesprochenen Lateralsclerose. Kein Hydrocephalus; Gehirnnerven, Oberextremitäten sowie Intelligenz vollständig normal.

Die Unterextremitäten sind gut genährt, die Hypertonie der Muskulatur ist nur passiv nachweisbar, die Sehnenreflexe sind erhöht.

*) Leider erst am 13. Dezember 1886 erhalten. Red.

Der Gang des Kindes entspricht nicht ganz dem typischen spastischen Gange der Erwachsenen, weil die Rigidität der Muskulatur (besonders der Adductoren) noch nicht vorhanden ist. Der Gang, die erhöhten Sehnenreflexe, die normale Function der Gehirnnerven, des Mastdarmes und der Blase sichern die Diagnose.

Vortag. wandte die Galvanisation an und erzielte entschiedene Besserung. In der Literatur sind nur 3 Fälle erwähnt, in denen die Galvanisation etwas nützte.

Sitzung vom 13. November 1886.

5) **S. H. Scheiber:** *Ein seltener Fall von acuter Morphiumintoxication.*

Eine 54 jährige neuropathische Frau bekam in Folge einer heftigen Neuralgie, während 3 Tagen 6 Ctgm. Morphium subcutan. Nach der letzten Injection verfiel sie in einen tiefen Schlaf, aus welchem sie 48 Stunden lang nicht erwachte, und das Bild einer schweren Morphiumintoxication zeigte: Zuckungen und Cyanose im Gesichte, trockene Zunge, laute Trachealgeräusche, Dyspnoë, starker Schweiss, unwillkürlicher Stuhl- und Urinabgang, subnormale Temperatur. Am 3. Tage kam Pat. zu sich und zeigte während 6 Wochen folgende Symptome: 1. Aphasie, Agraphie und Alexie. 2. Ein handgrosser Decubitus acutus am Steisse und eine thalergrosse trockene Kruste an der rechten Ferse. 3. Vollständige Amnesie 4. Geistesstörung, die sich in Gereiztheit, kindischem Benehmen und Sinnestäuschungen äusserte. Die Neuralgie der rechten unteren Extremität, sowie die eben beschriebenen Störungen verschwanden nach 8 tägiger Galvanisation. Vortragender führt die nach der acuten Intoxication aufgetretenen Erscheinungen auf allgemeine Ernährungstörung, auf hochgradige Hyperämie und capillare Apoplexien des Gehirnes zurück.

Sitzung vom 27. November 1886.

6) **A. Schwarz:** *Ein Fall von Neuritis.*

Sch. stellt einen 62 jährigen Mann vor, der bis August l. Jahres immer gesund war. Nach einer heftigen Erkältung traten intensive Schmerzen in der rechten Schulter auf, die sich nachher auf den Nacken und auf die ganze Extremität erstreckten. Im September war die rechte Oberextremität beinahe vollständig gelähmt, und in der linken Oberextremität traten unerträgliche Schmerzen und Schwäche auf. Fieber war keines vorhanden. Im October war die Atrophie der Muskulatur an rechter Oberextremität das Auffallendste; die Atrophie zeigte sich besonders im Triceps, im Deltoideus, in den Flexoren und Extensoren sowie im Thenar und Antithenar (Biceps normal). Die electrische Untersuchung wies im Triceps, Thenar und Antithenar Entartungsreaction nach. Die Nerven waren sehr empfindlich. Die Haut über der Fossa Cubiti war hyperästhetisch, die Sensibilität der Haut des Unterarmes abgestumpft, am Thenar, Antithenar und an den Fingern anaesthetische Stellen. Unter den Bewegungen konnte nur die Pronation und Supination vollführt werden. Die Galvanisation wirkte Wunder. Die Schmerzen hörten auf und die Muskeln

reagirten von Tag zu Tag immer besser auf den galv. Strom; zwei Tage vor der Vorstellung reagirte auch schon der Triceps.

Pollack (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

7) **Mauthner** (Wien): Die nicht nuclearen Lähmungen der Augenmuskeln. (Wiesbaden 1886, .J F. Bergmann, 91 Seiten. M. 2,0.)

Die alle Schriften Mauthner's auszeichnende logisch klar und zugleich anziehende Schreibart; seine Kunst, den Leser zugleich zu belehren und zu interessiren, — ein Vorzug, der bei der immer mehr hervortretenden Neigung unserer fachwissenschaftlichen Schriftsteller, auf Kosten des Inhaltes ihrer Werke die Form zu vernachlässigen, hoch anzuschlagen ist, — macht sich auch in dieser neuesten Arbeit des Autors angenehm bemerkbar. Wenn Etwas der Lektüre derselben Eintrag thun kann, so ist es das Bedauern des Lesers über die engen Grenzen unserer Kenntnisss von dem zwar interessanten aber um Nichts weniger schwierigen Gegenstande. Das vorliegende Heft bildet den Schluss des Werkes: „*Die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen*,“ über dessen ersten Theil: „*Die Nuclearlähmung der Augenmuskeln*“ in Nro. 18 des Jahrg. 1885 dieses Blattes bereits referirt worden ist.

I. Eine *cerebrale* Lähmung kann ausser einer *nuclearen* noch eine *corticale* und eine *fasciculare* Ursache haben.

Ueber die *corticale* Lähmung der Augenmuskeln sind unsere Kenntnisse vorläufig noch so dürftig, dass wir sie nicht zu diagnosticiren vermögen, zumal da die Ansichten der Autoren über den Sitz des *Centrums* der Augenmuskeln in der *Hirnrinde* noch sehr differiren.

Eben so wenig wissen wir von einer Läsion der das *corticale Centrum mit den Kernen verbindenden Fasern.* Besser steht es mit dem zweiten Abschnitte der intracerebralen Faserbündel, mit den *Wurzelfasern*, die vom *Kern* bis zum *Austritt aus der Hirnsubstanz an der Basis cranii* verlaufen. Diejenigen des *oculomotorius* nehmen ihren Ursprung von der ausgedehnten, vorn vom Boden des III. Ventrikels bis weit nach rückwärts in den Boden des Aquäductus Sylvii reichenden Kernregion. Nur die hinteren, die Fasern für die exterioren Augenmuskeln enthaltenden durchsetzen indem sie abwärts streben den Grosshirnschenkel, die vorderen, für den Accommodationsmuskel und den sphincter pupillae bestimmten dagegen erreichen den pedunculus erst weit unten kurz vor dem Austritte aus demselben. Daher kommt es, dass für die Diagnose der *fascicularen Oculomotoriuslähmung* die Combination von *exteriorer Ophthalmoplegie* und *contralateraler Hemiplegie* charakteristisch ist, es müsste denn der intrapedunculare Herd sehr weit nach unten sich erstrecken und sämmtliche Fasern ergreifen. Jedoch viel eher deutet die mit contralateraler Hemiplegie gepaarte totale Oculomotoriuslähmung auf einen basalen Prozess hin.

Die Fasern des *trochlearis*, welche von seinem in der Gegend der Vierhügel gelegenen Kern nach oben und rückwärts steigend, sich im velum medullare anterius kreuzen und dann um das crus cerebelli ad corp. quadrig. sich schlingen, um zwischen pons und pedunculus an der Basis zum Vorschein zu kommen, können durch ein meningeales Exsudat im *Gehirnschlitze* betroffen werden.

Auf eine Läsion, der die Brücke durchsetzenden *Abducensfasern* würde das gleichzeitige Auftreten von *Abducenslähmung* und *contralateraler Hemiplegie* hinweisen.

Auch für die Diagnose der relativ nicht seltenen *intracraniellen basalen Lähmung* giebt es keine sichern Merkmale; nur im negativen Sinne bietet das Symptom der Integrität der Binnenmuskeln des Auges (sphincter pupillae und ciliaris) einen festen Anhaltspunkt, um eine basale Affection auszuschliessen und den Sitz der Ursache in die Kernregion zu verlegen. Jedoch erlaubt in einzelnen speciellen Fällen das Ensemble bestimmter Momente einen weiter gehenden Schluss hinsichtlich des Sitzes und der Form der Lähmungsursache. So ergiebt die vergleichende Zusammenstellung der 14 publicirten Fälle (darunter 2 mit Sectionsbefund) von *recividirender Oculomotoriuslähmung*, die sämmtlich das Gemeinsame bieten, dass 1) stets derselbe oculomotorius periodisch ergriffen wird, 2) die Lähmung auf diesen Nerven beschränkt bleibt und 3) sämmtliche Aeste desselben betroffen sind, das Resultat, dass es sich bei dieser besonderen Form um eine Herderkrankung an der basis cranii (meist Meningitis) handelt, die von Zeit zu Zeit zu acuten Exacerbationen Veranlassung giebt.

Dahingegen sind bei *doppelseitigen* Lähmungen *eines motorischen Augennerven* der möglichen Ursachen zu viele, als dass sich ein auch nur einigermassen begründetes Urtheil über den Sitz derselben abgeben liesse. Interessant ist die Rolle, welche bei der *halbseitigen progressiven Hirnnervenlähmung* die Betheiligung des *olfactorius* und *opticus* spielen kann. Ist der erstere mitbetroffen, so spricht dies jedesmal a priori für einen basalen Prozess, da ja dessen Ursprung im Gehirn mit der Kernregion der übrigen Hirnnerven in gar keiner Beziehung steht. Mit dem n. opticus steht es nicht so einfach: eine einseitige Affection desselben, sei es ohne, sei es mit Spiegelbefund (Atrophie oder Neuritis) weist auf die Schädelbasis hin; homonymer Hemianopie kann dagegen sowohl eine basale als eine nucleare Erkrankung zu Grunde liegen, wo dann im ersteren Falle der tractus, im zweiten der die Seitenwand des 3. Ventrikels bildende thalamus opticus resp. das ganglion geniculatum ext. ergriffen ist. Die Complication von *einseitiger Amaurosis* mit *temporaler Hemianopie des andern Auges* (zugleich nervus und tractus opt. derselben Seite afficirt) beweist geradezu die Existenz einer basalen Ursache. Jedenfalls ist auch hier das Verhalten der interioren Augenmuskulatur ausschlaggebend.

Die *doppelseitige progressive Hirnnervenlähmung* macht, wie die interessante Krankengeschichte Heinrich Heine's lehrt, einen *nuclearen* Krankheitsprozess wahrscheinlich.

Die *anatomischen* Prozesse, welche die weitere Ursache der basalen Lähmung abgeben können, oder, wie Mauthner es bezeichnet, die *ätiologischen Momente zweiter Kategorie* — kein treffend gewählter Ausdruck — sind mannigfacher Art: sehr häufig ein Exsudat, entweder diffus (tuberculöse Basalmeningitis) oder circumscript (Pachymeningitis), oder fortgeleitet von einer eitrigen Otitis media; ferner Blutungen; eine Hauptrolle spielen natürlich Neubildungen, mögen dieselben direkt an der Basis sitzen oder an einer andern Stelle des Gehirns und dann durch Fernwirkung bedrückend auf die Austrittsstellen der Nervenstämme wirken. Viel seltenere Vorkommnisse sind: Erweiterungen basaler Gefässe, Aneurysmen der Carotis interna, Neuritis der Nerven selbst, gummöse oder tuberculöse Entartung derselben. Für alle diese Möglichkeiten liefert die pathologisch-anatomische Literatur Beläge.

2. Wenn die nächste Ursache für eine Augenmuskellähmung nicht innerhalb der Schädelkapsel zu suchen ist, so kann es nur eine *orbitale* sein, d. h. es handelt sich entweder um einen in der orbita gelegenen Prozess der *von aussen her* auf die Nerven oder Muskeln einwirkt (Tumor im weitesten Sinne, wozu auch die entzündlichen Affectionen des Orbitalzellgewebes zu rechnen sind, Tenonitis, Blutung etc.) oder die Nerven und Muskeln selbst haben eine *grobe d. h. anatomisch nachweisbare* Läsion erfahren. In vielen Fällen ist die orbitale Lähmung unschwer als solche zu erkennen, sobald Exophthalmus, Chemosis, Druckschmerz die orbitale Erkrankung direct anzeigen; manchmal jedoch kann die Diagnose auf bedeutende Schwierigkeiten stossen, zumal dann, wenn das Freibleiben der interioren Augenmuskeln den Gedanken an eine nucleare Ursache nahelegt. In sehr plausibler Weise setzt nun M. auseinander, dass sich diese Fälle, in denen übrigens auch der m. obliquus inf. verschont zu bleiben pflegt, ohne Zwang erklären lassen, wenn man der Vorstellung Raum giebt, dass hier die orbitale Erkrankung nicht auf die Nerven, sondern vielmehr direct auf die Muskeln übergreift (der obl. inf. liegt auf seinem Verlaufe stets ausserhalb des sog. Muskeltrichters). Die isolirte Lähmung eines Augennerven z. B. des oculomotorius mit Integrität der andern desselben Auges spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit gegen eine orbitale Lähmung. Eine nach M.'s Ansicht bisher zu wenig gewürdigte Rolle spielt die *circumscripte Entzündung* des die *fissura orbitalis superior* auskleidenden *periostalen Bindegewebes*, welche in rascher Folge zu totaler Augenmuskellähmung (mit Einschluss der interioren Muskeln), Anästhesie des bulbus und Amaurosis führen muss.

3. Den leicht zu Missverständnissen Veranlassung gebenden Begriff der *peripheren Augenmuskellähmung* will M. für alle die Fälle gewahrt wissen, in denen eine bestimmte anatomisch nachweisbare Ursache nicht aufgefunden werden kann, also etwa gleichbedeutend mit *rheumatischer Lähmung*. Er gesteht aber selbst zu, dass dies vorläufig nur eine Verlegenheitsdiagnose ist.

Der Schlussabschnitt der Arbeit, welcher den *ätiologischen Momenten dritter Kategorie*, also den letzten allgemeinen Ursachen der Augenmuskellähmungen (Lues, Diphtherie, Diabetes etc.) gewidmet ist, enthält Nichts Neues.

Im Ganzen genommen ist die mit einer sorgfältigen Auswahl guter Krankengeschichten ausgestatte Arbeit als eine Bereicherung unserer Literatur, nicht nur in ophthalmologischer sondern auch in neuropathologischer Hinsicht zu begrüssen.

Hirschmann (Breslau).

---

8) **P. Buttersack** (Heidelberg): Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems, nebst einigen Bemerkungen über Polyurie und Polydipsie. Aus der medicinischen Klinik zu Heidelberg. (Arch. für Psych. etc. XVII. 3. p. 603.)

Das Interesse des mitgetheilten Falles der Erkrankung einer 31 jährigen Frau liegt in dem ausserordentlich überzeugenden Nachweis der ätiologischen Rolle der Lues. Die Anamnese war negativ; das durch Mannigfaltigkeit characteristische Krankheitsbild stimmte mit dem nicht weniger characteristischen Sectionsbefunde überein: Plötzlicher Beginn des Leidens im *Juli 1884*; Vermehrung der Urinmenge, Schwindel, Kopfschmerz, neuralgische Schmerzen im Gebiet des Trigeminus; Sehschwäche auf dem l. Auge; Abnahme des Gehörs, des Gedächtnisses und des Denkvermögens. *October*: Kein Zeichen von Lues oder Tuberculose. Rechtsseitige Ptosis. Parese der graden Augenmuskeln. Pupillenstarre, Lichtempfindlichkeit. Sehnenreflexe gesteigert. Urinmenge 3—5 L. (feste Bestandtheile nicht vermehrt). Starkes Durstgefühl. Leichte Fieberbewegungen. Gestützt auf die charact. Kopfschmerzen, Oculomotorius-Affection, die Amblyopie ohne ophtalmoscop. Befund, den langsamen Krankheitsverlauf, *und auf das Fehlen jeder andern Erklärung* — wurde Lues als causa Morbi angenommen und Jodkali gereicht. Bereits nach einigen Tagen auffallende Besserung. Nach Verbrauch von ca. 100 Gramm waren um Mitte December mit Ausnahme der Polyurie sämmtliche Symptome nahezu verschwunden, traten beim Aussetzen des Medicaments indessen fast sofort wieder auf. Noch zweimal wurde Jodkali mit promptem Erfolge wieder genommen. Als die Kranke, ausser klinischer Behandlung gekommen, sich vollkommen vernachlässigt hatte und bereits stark in ihrem Allgemein-Befinden reducirt war, versagte das Mittel (zum 4. Mal, Mitte Mai) die Wirkung, und es trat in Folge terminaler Pneumonie der Tod ein am 30. Mai. Von den zuletzt aufgetretenen Symptomen ist noch zu erwähnen: Hyperalgesie und Hyperästhesie am Thorax und den Extremitäten, Nacken- und Rückensteifigkeit und starke Abnahme der motorischen Kraft, besonders links. Die im Leben gestellte Diagnose wurde durch die Section vollkommen bestätigt. Im Einzelnen fand sich: Leptomeningitis chronica cerebralis basilaris et spinalis. Besonders ausgeprägt war in dem Piaüberzug die Entarteriitis und Phlebitis. — Perineuritis und Neuritis nodosa an beiden N. N. oculomotorii und den Nervenwurzeln des Rückenmarks. Die nervöse Substanz selbst war im Gehirn unbetheiligt, am Rückenmark fand sich eine geringe peripherische Myelitis, beginnende Degeneration der Goll'schen Stränge und vom Lendenmark ab mässige kleinzellige Infiltration um den Centralcanal. Speciell die Ganglienzellen waren intact. Von

syphilitischen Veränderungen anderer Organe wurde constatirt: Endarteriitis fibrosa aortae descendentis. Multiple Narben in der Leber und Lebergumma. — Der Verf. ist mit Recht der Ansicht, dass es in diesem Falle nicht wohl möglich ist, die ätiologische Rolle der Lues zu leugnen. Die Mannigfaltigkeit und „Launenhaftigkeit" des Krankheitsbildes, die prompte Wirkung des Jodkali — die Vielseitigkeit des Sectionsbefundes mit seinen characteristischen Einzelheiten: Gefässerkrankung und Gumma. — Alles dies lässt sich nur ungezwungen durch die *Diagnose: Syphilis* vereinigen. Dass der „Syphilisbacillus" thatsächlich nicht gefunden wurde, darf, bei der heutigen Tag's noch nicht zweifellossen Existenz desselben, die Diagnose nicht erschüttern.

Betreffs der in dem geschilderten Krankheitsbilde aufgetretenen eigenthümlichen Erscheinung des krankhaft vermehrten Durstes und der entsprechend vermehrten Urinausscheidung (*ohne* Vermehrung der festen Bestandtheile und ohne Zucker, wie beim Diabetes insipidus und mellitus) erwähnt der Verf. zunächst, das Aehnliches häufiger bei syphilitischen Allgemeinerkrankungen beobachtet sei und wahrscheinlich auf organischen Prozessen (Druck- und Circulationsveränderungen) beruhe. Er bespricht dann das Verhältniss der Polydipsie zur Polyurie überhaupt und kommt zu folgendem Raisonnement, welches durch hinzugefügte Krankengeschichten (Nichtsyphilitischer!) illustrirt wird: In den meisten Fällen ist von den genannten Affectionen die Polydipsie das *primäre* und beruht vielleicht auf einer Neurose des Vagus („Hyperästhesie des Durstgefühls," Romberg). Weil der Polydiptiker wie jeder normale Mensch *auch* schwitzen muss, so wird die in 24 Stunden entleerte Urinmenge geringer als die zugeführte Flüssigkeitsquantität sein. Wird keine Flüssigkeit zugeführt, so wird die Urinausscheidung sich alsbald wie beim normalen Menschen verhalten. Zufuhr und Ausscheidung richten sich direct nach einander. — Es sind diese Sätze zu verwerthen, wenn es sich darum handelt bei der in Rede stehenden Affection das *primäre* der Polydipsie nachzuweisen.

Langreuter (Eichberg).

---

9) **Fr. Hallager** (Viborg): Om Vägttabet efter det epileptiske Anfald. (Ueber Gewichtsverlust nach dem epileptischen Anfall.)

(Nordiskt medicinskt Arkiv XVIII. 2.)

Den Untersuchungen von Kowalewsky (Arch. f. Psych. XI p. 351) zufolge sollte bei *allen* Epileptikern nach *jedem* Anfall, u. zwar sowohl nach eigentlichen Krampfanfällen des „grand mal" wie nach Schwindel „petit mal" wie auch nach psychischen Anfällen ein Gewichtsverlust stattfinden, und wollte K. eben wegen dieser Konstanz des Gewichtsverlustes in demselben eines des wichtigsten objectiven Erkennungszeichen der Krankheit, das unter Umständen einen Epileptiker von einem Simulanten zu unterscheiden gestatte, erblicken. Bekanntlich ist diese Aufstellung bereits mehrfach, so von Jolly (Arch. f. Psych. XII. p. 245), Olderogge (Arch f. Psych. XII. p. 692) u. A. in ihrer Allgemeingültigkeit bestritten worden. Hier liegt nun

eine gründliche Untersuchung vor, in welcher der Verf. den Ursachen des auch von ihm in *einigen* — in *zwei* von *acht* daraufhin untersuchten — Fällen beobachteten regelmässigen Gewichtsverlustes nach den Anfällen näher nachgeforscht hat. Er hat nämlich in den beiden Fällen — es handelt sich um einen 33 jährigen bereits etwas schwachsinnigen Mann mit postepileptischer Unruhe und Verwirrung und um einen 62 jährigen seit Jahren schwachsinnigen, während der Beobachtung bettlägerigen Mann — während mehrerer Monate täglich Menge und Gewicht des ausgeschiedenen Urins, die procentuale und absolute Menge des darin enthaltenen Harnstoffs, das Gewicht der Faeces und endlich das Körpergewicht am Ende eines jeden Tages bestimmt. Zugleich wurde auch die eingenommene Nahrung genau notirt. Zur leichteren Uebersicht hat H. den ganzen Gang der Untersuchung auch graphisch dargestellt, und zwar in einer Kurve das Körpergewicht, in einer anderen die Urinmenge und in einer dritten die Harnstoffmenge verzeichnet, sowie auch die Anfälle auf der gleichen Tafel notirt. Es zeigt sich nun, das jedem beträchtlicheren Sinken der Gewichtskurve ein Steigen der Urinkurve entspricht, ohne dass eine Vermehrung der eingenommenen flüssigen oder festen Nahrung stattgefunden hätte. Auch zeigt die betreffende Kurve ein gleichzeitiges geringes Steigen der Harnstoffmenge; doch lässt Verf. es unentschieden, ob diese vermehrte Production des Harnstoffs Folge des Anfalls oder ausschiesslich Folge der vermehrten Diurese gewesen sei. In jedem Fall war sie zu unbedeutend, um darauf Erklärung für den Gewichtsverlust begründen zu können. Es bleibt demnach nur die Erklärung, dass der Gewichtsverlust *Folge einer postepileptischen Polyurie*, dass es sich um einen über die Norm gesteigerten Verlust an Wasser handelte.

Kowalewsky hatte wie erwähnt auch nach *psychischen* Anfällen einen Gewichtsverlust constatirt. Bei H. zeigt die Kurventafel des ersten Patienten, dass während der nach dem Krampfanfall beobachteten psychischen Störungen – eigentliche psychische Aequivalente zu beobachten hatte Verf. keine Gelegenheit — das Gewicht nur dann abnahm, wenn gleichzeitig Speiseverweigerung vorhanden war. War letzteres nicht der Fall, so kam sogar entsprechend der abnorm geringen Urinausscheidung, einer natürlichen Folge nach der vorausgegangenen Polyurie, während der postepileptischen Psychose eine Zunahme des Körpergewichts zur Beobachtung. Dehn (Hamburg).

---

10) **C. Kopp** (München): Zur Casuistik der multiplen neurotischen Hautgangrän. (Münch. med. Wochenschrift Nro. 38, 1886.)

Eine 25 jährige, ledige Weissnäherin, hereditär neuropathisch belastet, erlitt vor Jahren eine Verbrennung an der l. Hand; in der dadurch gebildeten, etwa die Hälfte des Handrückens einnehmenden Narbe, entwickelten sich zahlreiche Keloide mit stetiger Tendenz zur Ulceration. Vor 6 Monaten traten Ulcerationen an der linken Brust unterhalb der Warze ein, nachdem die Haut an diesen Stellen erst ganz blass und im weiteren, sehr chronischen Verlaufe pergamentartig

trocken und schwarzbraun geworden war. Die Vernarbung findet unter Keloidbildung statt. Seit Beginn dieser Hauterkrankung haben sich 5 derartige Narbenkeloide gebildet. Gleichzeitig bestehen heftige, intermittirende neuralgische Schmerzen, von der linken Axilla nach der linken Brust hin ausstrahlend. Die Untersuchung der schwächlichen, anämischen Patientin ergibt 2 eigenthümlich veränderte Stellen auf der Haut des l. Vorderarms und eine kleine Stelle über dem Capitulum metacarpi pollicis ausser den genannten Keloiden. Mit diesen in den letzten 4 Tagen aufgetretenen Veränderungen der Haut sind heftige neuralgische Schmerzen im Verlaufe des Brachialis verbunden. Die Behandlung richtete sich hauptsächlich gegen die vorhandenen gastrischen Symptome, die Störung des Allgemeinbefindens berücksichtigend. Abstossung der Schorfe nach 9—15 Tagen. Damit hörten die Neuralgien auf, während die Umgebung der Ulcerationen und die Narbenkeloide noch lange Zeit empfindlich, namentlich auf Druck, blieben. Später traten Recidive an der Dorsalseite des l. Oberschenkels mit Schmerzen im Ischiadicus auf.

Verf. glaubt, dass dieser Fall mit dem kürzlich von Doutrelepont (Ueber einen Fall von acuter multipler Hautgangrän. Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis XIII. 2. Heft.) publicirten, identisch sei. Die Halbseitigkeit, das acute, gruppenförmige Auftreten (wie bei Zoster), der typische Verlauf und die begleitenden Neuralgien bestimmen die neuralgische Natur des Leidens. Als Ausgangspunkt der Erkrankung ist vielleicht das Brandnarbenkeloid am linken Handrücken anzusehen, von dem aus eine aufsteigende Neuritis den Plexus brachialis ergriff und schliesslich eine Erkrankung gewisser centraler Parthien des Rückenmarks hervorrief.

Goldstein (Aachen).

---

11) **V. Hintze** (St. Petersburg): Das Plantargeschwür und sein Verhältniss zur Tabes dorsalis. (St. Petersburger Medic. Wochenschr. Nro. 26, 27 und 28 1886.)

Verf. hat aus der Literatur 19 Fälle von Plantargeschwüren (mal perforant du pied), die zur Tabes in Beziehung zu stehen schienen, zusammengestellt und ihnen 2 eigene Beobachtungen hinzugefügt. Es ist ziemlich sicher, dass dabei eine trophische Störung, ausgehend von der Rückenmarksaffection, anzunehmen ist. Für den neurotischen Character scheint das häufige symmetrische Nacheinanderauftreten der Schwiele auf beiden Füssen, die schwere Ernährungsstörung, der tieferen Gebilde am Fusse zu sprechen. Während nun das gewöhnliche Ulcus plantare e clavo durch Traumen aus dem vorhandenen Leichdorn sich bildet und gewöhnlich keine Recidive auf der ungleichnamigen Seite hervorruft, kann der Leichdorn bei Tabikern jahrelang bestehen, ohne zu verschwinden, bis die ersten Symptome der Tabes auftreten und somit eine Ernährungsstörung der Sohlenhaut eintritt. Aehnliche Plantargeschwüre kommen auch bei Diabetes mellitus und Alkoholismus vor.

Goldstein (Aachen).

---

12) **A. Strümpell** (Erlangen) und **P. J. Möbius** (Leipzig): Ueber Steigerung der Sehnenreflexe bei Erkrankung peripherer Nerven.

(Münch. medic. Wochenschr. 1886 Nro. 34.)

Dass wir bei gesteigerten Sehnenreflexen nicht jedesmal eine centrale Erkrankung diagnosticiren müssen, zeigen zwei Fälle von peripherer Neuritis resp. Perineuritis, welche im vergangenen Winter von den Verff. beobachtet wurden und hier ausführlich wiedergegeben sind. Auch beobachtete Strümpell gesteigerte Sehnenreflexe an den Armen bei einer schweren typischen Bleilähmung. In den hier mitgetheilten Beobachtungen war Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden, die mit den übrigen Krankheitserscheinungen zunahm, und allmählich mit diesen verschwand. In Betreff der Erklärung glauben die Verff., dass es sich um eine Reizerscheinung, nicht um den Wegfall einer Hemmung handelt, indem ein oder mehrere Abschnitte des Reflexbogens sich im Zustande gesteigerter Erregbarkeit befunden haben. Da Parese der in Frage kommenden Muskeln bestand, so ist eine gesteigerte Erregbarkeit des absteigenden Schenkels der motor. Fasern am unwahrscheinlichsten, eher liesse sich, wie bei der Strychninvergiftung, eine solche der grauen Substanz des Rückenmarks (d. i. des Scheitels des Reflexbogens) denken — am wahrscheinlichsten ist aber eine gesteigerte Erregbarkeit in dem aufsteigenden Schenkel des Reflexbogens, d. h. in den sensorischen Nerven des Muskels und seiner Umgebung, wobei die betr. Steigerung dann von der jedesmaligen Localisation der Erkrankung abhängig wäre.

Goldstein (Aachen).

---

13) **Eugene Riggs** (St. Paul, Minn.): Clinical features of two cases of pseudo-hypertrophic spinal paralysis. (Klinische Umrisse zweier Fälle von pseudo-hypertrophischer Spinalparalyse.)

(The medic. Record 27. März 1886.)

R. giebt die Krankengeschichte zweier Brüder, die einer Familie angehören, in welcher seit über 100 Jahren die musculare Pseudo-Hypertrophie erblich ist, und zwar wird gewöhnlich von einer Generation zur andern ein oder das andere männliche Mitglied getroffen. Beide Fälle bieten das Eigenthümliche, dass die Hypertrophie fast ausschliesslich die linke Seite betraf, in dem einen Fall bestanden ausserdem heftige Rückenschmerzen. Voigt (Oeynhausen).

---

14) **J. Beall** (Fort Worth, Texas): Paresis consecutive to tonsilitis.

(St. Louis Medic. and Surgic. Journ. Mai 1886.)

Es wurden kurz 2 Fälle von Parese des Gaumensegels erzählt, die in Folge acuter Tonsill. auftraten und schnell geheilt wurden (ähnliche Fälle sind schon von Prevost, Gübler und A. beschrieben worden Ref.). Verf. betont ausdrücklich, dass es sich nicht um Diphtritis gehandelt habe. Voigt (Oynhausen).

---

15) **F. Brown** (Detroit, Mich.): Tetanus — recoovry of a case. (Tetanus — Heilung eines Falles.) (The Armerican. Lancet. August 1886.)

Ein Fleischhändler verletzt sich leicht die Hand an einem rostigen Fleischhaken und bekommt schon wenige Stunden darauf ausser Wundschmerz Krämpfe in den Beinen, an die sich schnell das Bild des ausgesprochenen Tetanus (und Trismus) anschliesst. Schnelle Heilung durch grosse Dosen Bromkalium unter gleichzeitiger Anwendung subcutaner Morphium-Injectionen. Voigt (Oeynhausen).

---

16) **Karl von Reick** (Norwolk, Ohio): Arsenic in the treatment of arthritis deformans. (Arsenic in der Behandlung der Arthritis deformans). (The therap. Gaz. 15. April 1886.)

Zwei Fälle von Arthritis deform. heilte Verf. durch fortgesetzte Anwendung von Arsenik. Er leitet diesen Erfolg von der Wirkung des Arsen auf das Nervensystem ab, in dessen Erkrankung die eigentliche Ursache der Arthritis deformans zu suchen sei.

Voigt (Oeynhausen).

---

17) **Rosenberg** (Berlin): Zur Kenntniss von der Hysterie beim Manne. (Berl. Klin. Wochschr. 1886. Nro. 40.)

Veranlasst durch die jüngst erschienene Arbeit von Tuczek über Hysterie bei Kindern (ref. in diesem Centralblatt pag. 592) theilt Verf. einen Fall von Hysterie beim Manne aus seiner Beobachtung mit, die durch traumatische Versuche entstanden war.

Der 24 jährige kräftige, gut genährte, niemals luetisch inficirte Patient, der jedoch psychopatisch belastet ist, war vor 6 Jahren zuerst erkrankt. Er hatte damals einen schweren Sack auf einen Wagen gehoben, derselbe war wieder herabgerollt und dem Pat. auf die Lendenwirbelsäule gefallen. Sofort darnach traten in den unteren Extremitäten Schwächegefühl und rheumatismusartige Schmerzen auf. Der Zustand steigerte sich und zuletzt stellten sich unmittelbar an eine vorgenommene Magenausspülung anschliessend heftige Krämpfe ein. Eine nun gebrauchte Kaltwasserkur hatte guten Erfolg und Pat. blieb 3 Jahre gesund bis eine hochgradige Erregung bei Mittheilung eines Todesfalles neuerdings einen heftigen Krampfanfall hervorrief. Nach langer Pause brach durch dieselbe Ursache — Tod des Bruders — wieder ein Krampfanfall aus und seitdem traten öfters blitzartig den Körper durchschiessende Schmerzen auf. Als sich nun Pat. einen Zahn ziehen lassen wollte, und hiezu mit Lachgas narkotisirt wurde, stellte sich mitten in der Narkose von neuem ein sehr heftiger Krampfanfall ein. Der Zustand steigerte sich und zuletzt hatte Pat. Anfälle, die durch klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten eingeleitet sich bis zum vollen Opisthotonus steigerten. Das Sensorium blieb im Anfall frei. Diese Anfälle wurden durch die kleinsten Reize schon ausgelöst. Narkotika waren ohne jeden Erfolg. Unter Behandlung mit Asa foetida 1,5 pro die in Pillen und Bettruhe, besserte sich der Zustand bald. Pat. verliess endlich die Behandlung um eine Kaltwassernachkur zu gebrauchen. Bastelberger (Eichberg).

---

18) **Paul Berbez** (Paris): Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture producte chez les sujets hysteriques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature. (Ueber die Neigung zu Contracturen und besonders über die bei Hysterischen (Männern und Frauen) durch Anlegen einer Ligatur hervorgerufene Contractur.) (Le Progrès méd. Nro. 41. 1886.)

Die Bezeichnung „Disposition zur Contractur" (diathèse de contracture) rührt bekanntlich von Charcot her. Das häufige Vorkommen dieser Affection bei Hysterischen wurde bei Gelegenheit seiner Vorlesung über das intermittirende Hinken constatirt. Letzteres sollten durch mehr oder minder vollständige Verstopfung der arteriellen Gefässe einer Extremität verursacht sein und Charcot schob die Steifheit, die kürzere oder längere Zeit andauernde Contracturen, die in den blutleeren Muskeln auftraten, auf die Ischaemie.

Um dieser Hypothese eine experimentelle Grundlage zu geben, wurde mehreren Gesunden eine Esmarch'sche Binde angelegt. Es stellten sich jedoch keine Contracturen ein. Ganz andere Resultate wurden dagegen erzielt, wenn diese Versuche mit Hysterischen gemacht wurden. Fast alle bekamen sie, zumeist schon bei den ersten Turen der Binde, Contracturen. In Folge dieses eigenthümlichen Verhaltens musste Charcot zugestehen, dass die Ischaemie nicht als Ursache des Phänomens angesehen werden könne. Die Zusammenschnürung allein scheint dasselbe schon hervorzurufen. — Die so erzeugte Contractur verschwindet meistens nach Entfernung der Binde. In 2 Fällen generalisirte sie sich aber (einmal auf dem ganzen Körper und einmal auf der rechten Seite) nach Abnahme der Ligatur. In wenigen Minuten hatte die Contractur sämmtliche Extremitäten eines jungen Mädchens ergriffen, dem ein Kautschukring um die Mitte des Vorderarms applicirt worden war. Bei sofort eingeleiteter Behandlung mit Massage schwanden alsbald alle Erscheinungen. — Nach diesem eben angeführten Symptome wurde nun bei sämmtlichen in den Krankensälen befindlichen Hysterischen beiderlei Geschlechts geforscht. Unter 70 Patienten (43 M. u. 27 Fr.) wurde es 52 Mal (19 M. u. 33 Fr.) gefunden.

Es verdient noch hervorgehoben zu zu werden, dass diese eigenthümliche Disposition bei Leuten vorhanden sein kann, die von ihrer Existenz gar keine Ahnung haben. Manche bemerkten sie erst, als sie einen Stein warfen oder einen wuchtigen Hieb ausführten, dass sie in dieser brüsk angenommenen Haltung gleichsam wie angenagelt blieben.

Bezüglich der Individuen, bei denen B. die Contractur durch Anlegen der Binde erzeugte, bedurften einzelne stärkerer Reize (Massage, Percussion der Sehnen u. s. w.), bei andern genügte schon Streichen der Haut, Contracturen auszulösen. — Diese Thatsache hat nicht bloss theoretisches Interesse. Charcot hat bereits hervorgehoben, wie sich verschiedene Individuen zu Verletzungen verhalten. Einige bekommen schon Contracturen nach den leichtesten Hautläsionen, andere dagegen erst nach intensiven Verletzungen, die nicht bloss die Haut, sondern die Muskeln, Sehnen oder Nerven betreffen.

Die Kenntniss dieser Disposition zu Contracturen dürfte manche noch dunkle Thatsache erhellen; das einfache Anlegen der Esmarch'schen Binde genügt schon zum Nachweis derselben.

Rabow (Berlin).

---

19) **Victor Horsley**: Ueber Gehirn-Chirurgie.

H. hielt in der Jahresversammlung der British Medical Association im August v. J. folgenden Vortrag: „Da in vielen sehr wesentlichen Punkten meine Methode von den Regeln abweicht, welche von einigen für den Canon der Chirurgie gehalten werden, so halte ich es für das Beste, wenn ich den Gegenstand in der Weise vorführe, dass ich die Behandlung eines immaginären Falles im Detail beschreibe."

Vorbereitung zur Operation.

Am Tage vor der Operation wird der ganze Schädel rasirt und mit Seife und Aether gereinigt, nachher die Operationsstelle angemerkt. Dann wird ein Verband mit in 5 procentiger Carbolsäure getränktem Lint, Guttapercha-Papier und Watte angelegt, so dass die Schädelhaut für mindestens 12 Stunden vor der Operation gründlich unter dem Einfluss von Carbol gesetzt ist. Am Tage vor der Operation wird wie üblich ein Abführmittel, am Tage selbst ein Clysma gegeben.

Narcose.

Die Methode der Narcose ist von höchster Bedeutung, sie besteht in subcutaner Anwendung von 0,015 Morphium und nachheriger Chloroform-Darreichung. Das Morphium dient einem doppelten Zweck: 1. Erspart es Chloroform und erlaubt dadurch mehr Zeit zum Operiren, 2. erspart es Blut. „Es ist nämlich durch Experimente von Prof. Schäfer und mir festgestellt, dass Morphium deutliche Contraction der Arteriolen des Central-Nervensystems bewirkt und dass ein Einschnitt in's Gehirn bei einem unter dem Einfluss von Morphium Stehenden sehr geringe Blutung bewirkt." Aether-Narcose habe ich nicht versucht aus Furcht, der Aether könnte zu Exitationszuständen führen, während das Chloroform bekanntlich degressiv wirkt. In Fällen von schwerer Herzaffection könnte die Operation ohne Zweifel unter Cocain-Anwendung gemacht werden. In diesem Falle müsste eine sehr starke Lösung angewendet werden, sobald die Dura mater freigelegt wird, „da die Membran ausserordentlich empfindlich ist, in Folge der ihr zukommenden Trigeminus-Aeste, eine Thatsache, welche manchen Klinikern unbekannt zu sein scheint, obgleich sie mit Rücksicht auf die Ursache intracranieller Schmerzen äusserst wichtig ist." Vor dem Versuch der Anwendung von Cocain müsste aber erst des Genaueren festgestellt werden, ob es möglich ist, vollständig aseptische Cocainlösung herzustellen.

Die Wunde.

Die Trepanation stand in den letzten 30—40 Jahren in schlechtem Ruf wegen der grossen Menge von Todesfällen nach dieser Ope-

ration, welche meist auf septischer Meningitis beruhten, und ohne striktestе antiseptische Massregeln ist vorsichtiges Vermeiden dieser Thieren. Es lässt sich desshalb auch aus den Resultaten der Wundbehandlung bei Thieren ein Schluss auf die beim Menschen machen. Angesichts der zur Vorsicht mahnenden Schattenseiten, welche jede Wundbehandlungsmethode hat, glaube ich, dass die stricte Lister'sche die sicherste ist. Ich meine darunter die Anwendung des Carbolspray's der 5procentiger Carbolsäurelösung und — wenigstens für Operation gewiss lobenswerth; aber, Dank den Entdeckungen Lister's braucht heutzutage Niemand, der mit den glänzenden Grundsätzen wissenschaftlicher Chiurgie, wie sie dieser geniale Mann aufgestellt hat, vertraut ist, mehr zu zögern, dem Gebot der Logik und Vernunft zu folgen und zur Operation zu schreiten. Der Gewebeersatz geht wie ich auf Grund einer ziemlichen Erfahrung sagen darf, beim Menschen ganz in derselben Weise vor sich, wie bei den niederen die ersten Tage, der Carbolgaze. Das Carbol ist das kräftigste und zugleich sicherste Desinficiens, somit ist, bis etwas Besseres endeckt wird, seine Verwendung immer am angezeigtesten, wenn man auch manchmal auf Fälle von Idiosincrasie gegen dasselbe stösst. Ich brauche indessen kaum hinzuzufügen, dass über der Gazeschicht Sublimatwatte oder andere leichte Modificationen mit Vortheil angewandt werden können.

Schnittführung.

Die gewöhnliche Art, die Weichtheile vom Schädel abzulösen ist die mittelst Anwendung eines Kreuzschnitts. Dieselbe ist jedoch ungeeignet, da bei ihr vier verschiedene Lappen zurückgehalten werden müssen, was ebenso viele platzversperrende Hände erfordert. Ein halbzirkelförmiger Lappen dagegen kann einfach umgelegt werden. Das Messer selbst soll senkrecht zum Knochen geführt, und der Schnitt einen Bogen mit weiter Krümmung darstellen, und die Hauptarterien für die entsprechende Schädelpartie möglichst vermieden werden. Das Periost soll mittelst eines Kreuzschnittes zurückgeschoben werden.

Entfernung des Knochens.

An zwei entgegengesetzten Enden der abzunehmenden Fläche wird trepanirt und von den Oeffnungen aus der Knochen mit einer starken Knochenzange durchgeschnitten, nachdem derselbe zuvor von oben mit einer Hey'schen Säge bis zur Mitte seiner Dicke durchgesägt ist. Die Dura mater soll zuerst von dem Trepanationsloch aus so gut als möglich von der Unterfläche des Knochens abgelöst werden, wenn es gelingt, dieselbe unverletzt zu erhalten, so sollen die entsprechenden Knochenstücke zwischen warmen, aseptischen Schwämmen aufbewahrt werden, und später wieder in kleine Stücke gebrochen, nach Macewen zwischen Haut und Dura eingelegt werden.

Behandlung der Dura mater.

Die Dura mater soll zu $^4/_5$ des ganzen Umfanges über der zu eröffnenden Stelle durchgetrennt werden und zwar $^1/_8$ Zoll vom Knochenrand entfernt, so dass sie nachher wieder gereinigt werden kann.

Die Durchschneidung der Dura geschieht am besten von einem kleinen mit dem Scalpell gemachten Loch aus mit einer Kniescheere. Die Art. meninga media ist hart am Wundrand zu unterbinden.

Behandlung des Gehirns.

Der erste Punkt, auf den man nach der Durchtrennung der Dura zu achten hat ist, ob das Gehirn unmittelbar in die Oeffnung hineinquillt. Obgleich meine Erfahrungen am Menschen in Bezug auf diesen Punkt auf nur 5 Fälle sich stützt - worunter 3 Fälle von Tumor cerebri — so bin ich doch geneigt zu glauben, dass starkes Herrausquellen des Gehirns in die Wunde pathologisch gesteigerten intracraniellen Druck anzeigt. Diese Beobachtung ist, falls sie sich bewahrheitet, natürlich von höchster Bedeutung, denn sie würde ceteris paribus im gegebenen Fall das Vorhandensein eines Tumors anzeigen. Ich habe bei Expirementen an gesunden Thieren nie so unverzügliches Herausdringen des Gehirns beobachtet und umgekehrt es bei drei Fällen von Tumoren nie vermisst. Den zweiten Punkt in der systematischen Untersuchung bildet die Farbe des Gehirns. „Erfahrung allein kann das nöthige Vertrautsein mit dem Aussehen des lebenden Gehirns verschaffen und Jemanden befähigen, ein bestimmtes Urtheil in dieser Sache abzugeben. ein leichter Stich in's gelbliche oder eventuell auch das gegentheilige Verhältniss, nämlich eine livide Färbung zeigt einen Tumor unterhalb der Rinde, in der Corona radiata an.“ Dann ist auf die Gefässe und die perivasculären Lymphräume zu sehen und ein besonderes Augenmerk muss gerichtet werden auf etwaige gelbliche oder weisse Flecken in den Wandungen der letzteren, als auf alter Störungen. Fernerhin muss auf Veränderungen in der Consistenz des Gehirns geachtet werden. Indessen ist daran zu erinnern, dass Gehirntumoren, welche unterhalb der Rinde sitzen, kaum entdeckt werden können ohne Probeeinschnitt. Wahrscheinlich war einer der Gründe, welche früher von operativer Inangriffnahme des Gehirns zurückschreckten, die Furcht vor der Blutung. Diese Furcht ist ebenso unbegründet als die Verhütung der Infection unerlässlich. Indessen müssen wir ein wenig bei diesem Punkt verweilen, da es Sitte war um dieser vermeintlichen Gefahr vorzubeugen, Cauterisation anzuwenden, ein barbarisches Verfahren, welches natürlich secundäre Entzündungs-Erscheinungen hervorrufen muss, wie experimentell bewiesen. Eine kurze Ueberlegung lehrt uns, dass im Gehirn die Verhältnisse der Gefässe, speciel der Arteriolen, dieselben sind wie in den Nieren, dass dieselben nämlich senkrecht zur Oberfläche verlaufen. Nun weiss Jedermann, der Erfahrung im Operiren an der Niere hat, dass ein Einschnitt in dies Organ von profuser, für manche alarmirenden Blutung gefolgt ist, weiss aber auch, dass diese Blutung dauernd steht, wenn für einige Minuten ein Stückchen Schwamm auf die Wunde gehalten wird. Mit Rücksicht auf dieses Verhalten glaubte ich, dass wir das Gehirn genau in derselben Weise behandeln dürften und dass wir so — bei möglichst conservativen Vorgehen — ausserdem eine reine Schnittfläche mit Aussicht auf schnelle Heilung bekommen würden. Bei der Besprechung der Narcose habe ich gezeigt,

dass ein ziemlicher Theil der Blutung durch Anwendung von Morphium verhindert werden kann. Mit Rücksicht auf den Character der Gehirn-Arterien als vasa terminalia ist es wohl kaum nöthig darauf hinzuweisen, dass womöglich die Hauptgefässe unversehrt gelassen werden sollten, aber ich darf vielleicht darauf aufmerksam machen, dass dieselben in Folge ihres Verlaufs in der Pia von dem Gehirn ab und speciell aus den Furchen herausgehoben werden können, so dass das darunter liegende Stück des Gehirns entfernt werden kann und dabei das Gefäss in seinen Wandungen so wenig geschädigt wird, dass eine etwa folgende Thrombose nur ganz vorübergehender Natur wäre. Der Einschnitt in die Gehirn-Rinde selbst soll genau vertical ausgeführt werden und es soll wenn möglich ein Theil von jedem motorischen Centrum zurückgelassen werden, weil nach vollständiger Zerstörung eines motor. Rinden-Centrums natürlich dauernde Lähmung in dem entsprechenden (anderseitigen) Gebiet zurückbleibt. In kurzer Zeit nach Wegnahme eines Stückes Gehirn, gleichviel ob es von normaler oder pathologischer Beschaffenheit war, quillt die Corona radiata in den gesetzten Defect hinein und erhebt sich beinahe bis zur Oberfläche der Rinde. Die Wundränder werden dabei etwas nach oben und aussen, und, wenn das Schädelloch in weiterem Umfang entfernt ist als das Gehirn, in die Knochenlücke hineingehoben. Eine wirkliche Hernia cerebri entsteht aber nur, wenn der Lappen nicht per primam anheilt. In der leichteren Vermeidung einer solchen Hernia cerebri besteht der Vortheil der oben empfohlenen Bildung eines einzigen grossen Lappens, der wie der Deckel einer Schachtel über die Wunde geklappt werden kann, gegenüber den durch den herkömmlichen Kreuzschnitt gebildeten 4 Lappen, die aneinandergenäht bei weitem eine nicht gleiche Widerstandsfähigkeit gegen den Druck von unten haben. Der Hauptgegendruck wird natürlich durch den Verband bewerkstelligt.

Schliessen der Wunde.

Wenn die Blutung durch sanften Druck mit zarten Schwämmen gestillt ist, wird der Lappen angenäht und zwar mit mitteldicken Seidenfäden im Abstand von 1 cm. dazwischen werden Rosshaarnäthe eingeschaldet. „Wenn ich den Satz ausspreche, dass operativ gesetzte Gehirndefecte nicht länger als für 24 Stunden drainirt werden sollen, so wird man mich wohl zur Zeit für wahnsinnig halten, aber nichts destoweniger ist es meine Absicht diesen Vorschlag zu machen und zwar aus folgenden Gründen: Wir beabsichtigen zu erzielen: 1) den Eintritt der prima reunio, 2) Vermeidung der Bildung einer Hernia cerebri mittelst geeigneten Gegendrucks 3) Entstehung eines „Kissens" von normalen nicht entzündlichen Bindegewebe zwischen Haut und Hirn.

Diese Desiderate sind sämmtlich zu erreichen, wenn wir in der Wundhöhle eine gewisse Spannung der abgesonderten Wundflüssigkeit zulassen. Während der ersten 24 Stunden findet eine beständige Absonderung von Blut und Serum von der Wundfläche aus statt. Diese Flüssigkeit entfernt man am besten und zu diesem Zwecke lege ich für die ersten 24 Stunden an dem bei Bettlage tiefsten Punkt der Wunde einen Drain ein. Derselbe wird am nächsten Tage ent-

fernt und durch den Verband ein fester aber sanfter Druck über die Mitte des Lappens herbeigeführt. Wenn die Wundsecretion in der Höhle ein gewisses Mass erreicht hat, wird der Patient am dritten Tage über Schmerzen und Pochen in der Wunde klagen. Wenn man dann den Verband abnimmt, wird man die genähten Ränder an der Peripherie der Wunde fest vereinigt in der Mitte gedehnt finden. Ist der Druck von unten so, dass die Prima reunio in Frage gestellt ist, öffnet man mit einer Sonde die ehemalige Lücke für den Drain und lässt eine ensprechende Menge Flüssigkeit heraus. In der Mehrzahl der Fälle wird dies nicht häufiger denn einmal nöthig werden. Den Nutzen einer mässigen Flüssigkeits-Spannung in der Wunde können wir am Thierexperiment nachweisen. Wenn wir einige Tage nach der Operation die Lappen zurücklegen, so finden wir die Wundhöhle stets angefüllt mit feinem, schwammartig gestalteten Bindegewebe, in dessen Maschen sich das obengenannte Wundsecret befindet, das letztere hilft somit beim Aufbau dieses neuen Gewebes, welches bestimmt ist eine elastische Scheidewand zwischen Gehirn und Haut zu werden. Nach einer Woche können die Näthe herausgenommen werden und die Wunde mit gepulverter Borsäure, Watte und Collodium bedeckt werden. Ueber der Operationsstelle entsteht natürlich eine wenn auch unbedeutende Einsenkung der Haut. Der Knochendefect an sich veranlasst erfahrungsgemäss keine besonderen Gefahren für die betreffende Person. Für den Fall einer etwaigen Wiederhohlung der Operation sei hier bemerkt dass das Narbengewebe an der Stelle des Defects gewöhnlich blutreicher ist als das normale Gewebe.

(Schluss folgt.)

---

20) **Johnson:** Four cases of oophorectomy with remarks. (Transact. of the americ. Gyn. soc. 1885. p. 119.)

Es handelte sich in den geschilderten 4 Fällen einmal um Oophoritis chron. und menstruelle Epilepsie, einmal um Ooph. chronic. mit Dysmenorrhoe, einmal um Dysmenorrhoe mit reflectorischen Magenerscheinungen, einmal um maniakalische Erscheinungen wegen heftigen Ovarialschmerzen. In den drei ersten Fällen trat auf die Exstirpation der Ovarien Heilung ein, der letzte endete tödtlich.

Die Mittheilung J.'s rief in der Amerikanischen Gesellschaft für Gynaekologie eine lebhafte Discussion hervor, wobei die Berechtigung der Castration in ähnlichen Fällen theils bestritten theils zugegeben und mehrfach über operative Entfernung der Ovarien wegen nervöser Erscheinungen berichtet wurde. Mann erwähnte 20 Fälle, in welchen er bei Ovarialneuralgie mit ausgezeichnetem Erfolge die Castration ausgeführt hatte. E. Bumm (Würzburg).

---

21) **Heydenreich:** La castration de la femme. (Annales de gynaec. 1886. Mai.)

22) **Ferrier:** Douleurs ovariennes, crises d'hysterie, operation de Battey, guérison. (Bull. de la soc. de chir. seance. du 8. Joillet. 1885.)

Die Castration war in diesem Falle von Erfolg begleitet.

E. Bumm (Würzburg).

---

23) **Schramm:** Ueber 5 Laparotomien. (Sitzung der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Dresden am 5. Nov. 1885.)

Unter den 5 Laparotomien befanden sich 2 Castrationen wegen wirklicher Epilepsie, die in beiden Fällen seit dem Eintritt der Menstruation und im menstruellen Typus aufgetreten war.

Im ersten Falle stellte sich nach der Operation noch ein Anfall mit Hallucinationen ein, bis zum Schlusse der Beobachtung 3 Monate nach diesem Anfalle waren keine weiteren mehr aufgetreten.

Im zweiten Falle, wo die Krämpfe alle 14 Tage mit grosser Heftigkeit auftraten, blieben sie nach der Entfernung der Ovarien aus. Beobachtungszeit jedoch nur 7 Wochen. (!) E. Bumm (Würzburg).

---

24) **J. Mays** (Dedroit): The physiological am therapeutic action of hydrastina. (Die physiol. und therapeutische Wirkung des Hydrastin.) (The therap. Gazette 15. Mai 1886.)

Nachdem durch die Untersuchungen Slavatinski's, Fellner's und A. festgestellt ist, dass die Hydrastis canad. ausser der bekannten Wirkung auf die Blutgefässe die Reizbarkeit der motorischen Nerven erhöht, diejenige der sensiblen Nerven herabsetzt, bemühte sich Verf. zunächst durch Experimente an Fröschen zu erforschen, ob dasselbe hauptsächlich auf die sensiblen oder hauptsächlich auf die motorischen Nerven wirkt. Er fand, dass beim Frosche 1) im Anfangsstadium der Vergiftung Paralyse mit folgenden Convulsionen folgt, 2) dass diese Convulsionen hauptsächlich spinaler Natur sind, 3) dass ihnen ein Stadium der Hyperästhesie vorhergeht, 4) dass es bei localer Anwendung die Sensibilität herabsetzt, 5) dass es zuerst die hintere, dann die vordere Extremität afficirt, 6) dass es die Sensibilität früher als die Motilität ändert, 7) dass es die sensibeln Nerven vorzugsweise vom Centrum nach der Peripherie beeinflusst nicht umgekehrt.

Bei der therapeutischen Verwerthung des Mittels zeigte sich, dass dasselbe beim Menschen ungefähr ebenso wirkt, insofern es die Herzaction verlangsamt, den Blutdruck (wahrscheinlich!) steigert und locale Anästhesie macht. Verf empfiehlt deshalb das Mittel ausser gegen Katarrhe aller Art vor Allem als Tonicum für das spinale Nervensystem und schliesst seine Arbeit mit der Anführung eines Falles von allgemeiner Neurasthesie in Folge von Alkohol-Missbrauch, in welchem auf 2stündliche Dosen von 4 Tropfen des flüssigen Extractes der hydrast. bald bedeutende Besserung eintrat. Voigt (Oeynhausen).

---

25) **Otto Seifert** (Würzburg): Ein Fall von Vergiftung mit Balsamum cannabis indicae. (Münch. med. Wochenschrift Nro. 20, 1886.)

26) **Beckler** (Fischen): Vergiftungserscheinungen nach Bals. cannabis indicae. (eod. loc. Nro. 31.)

27) **Ad. Müller:** Mittheilungen aus der Praxis. (eod. loc. Nro. 31.)

Seifert erzählt von einem Arzte, welcher einer Patientin Pillen von Bals. cannab. indic. Denzel 0,1 pro Pille verschrieben und ver-

ordnet hatte, 2 Stück Abends davon zu nehmen. Patientin konnte darnach ziemlich gut schlafen, hatte aber anderen Morgens Sehstörungen, Schwindelerscheinungen etc., so dass sie das Bett nicht verlassen konnte. Der Arzt nahm nun selbst eine Pille und bekam etwa nach 1 Stunde die heftigsten, sich immer mehr steigernden Erscheinungen des Haschischrausches, die auf die Umgebung einen beängstigenden Eindruck und den Patienten für einige Tage arbeitsunfähig machten. Die Aufregung legte sich gegen Abend des ersten Tages, fester Schlaf trat jedoch nicht ein. Ebenso wie Bals. can. indic. kann gelegentlich auch das Extr. can. indic. Vergiftungserscheinungen hervorrufen.

Durch die Seifert'sche Mittheilung angeregt erzählt Beckler einen Fall, der nach 0,1 Bals. sehr stürmisch und besorgnisserregend verlief, ebenso berichtet Müller, dass 0,3 des Mittels grosse Aufregung und keinen Schlaf, erzeugten. Alles in allem genommen, ist vor Anwendung des Mittels zu warnen. Jedenfalls muss man mit der Andwendung sehr vorsichtig sein und darf dies Präparat nicht ohne Weiteres als Schlafmittel ohne unangenehme Nebenerscheinungen ansehen.

Goldstein (Aachen).

---

28) **Geo H. Savage:** Drunkenness in relation to criminal responsibility. (Trunkenheit und Zurechnungsfähigkeit.)

(The journ. of ment, science April 1686.)

Verf. critisirt das richterliche Urtheil in drei Fällen von Mord begangen durch Trinken. Im ersten erfolgte Verurtheilung zum Tode, obgleich der That Wahnvorstellungen (eheliche Untreue des Gatten) zu Grunde lagen, und obgleich der Richter geäussert hatte, dass acute Trunkenheit an sich entschuldigt, im zweite Verurtheilung zu Gefängnissstrafe, wo der Thäter entweder gehängt oder einer Anstalt übergeben werden musste, im dritten wurde Geisteskrankheit angenommen, ohne dass der Trunksucht Erwähnung geschah.

Matusch (Sachsenberg).

---

29) **E. Sinclair:** Case of persistent self-mutilation und **S. Abraham:** selfmutilation in a lioness. (Hartnäckige Selbstverstümmelung und Selbstverstümmelung bei einer Löwin.)

(The journ. of ment. science April 1886.)

Ein Verrückter, immer gefährlich und zu Selbstverletzung geneigt, reist sich nach $2^1/_2$ jährigem Aufenthalt in der Anstalt den linken Hoden mit Hilfe eines Nagels heraus, „weil er ihm nicht gehörte", 5 Monate später den rechten. Er starb schliesslich an einer Gehirnverletzung, die er sich zuzog, indem er sich mit der Hand einen Nagel in die Stirn trieb und dann gegen die Mauer anrannte.

Abraham knüpft hieran die interessante Beobachtung, dass eine 12 jährige Löwin von Zeit zu Zeit Stücke ihres Schwanzes verzehrte und als von diesem nichts mehr übrig war, soviel von dem rechten Hinterbein, dass sie getödtet werden musste. Aus ähnlichen Fällen

in anderen Thiergärten schliesst Verf. dass das Phänomen fast ausschliesslich weibliche Thiere betreffe, die noch nicht geworfen hatten oder die in der Menopause standen. Matusch (Sachsenberg).

IV. Tagesgeschichte.

Aus England. In der letzten Zeit haben wieder mehrere *Prozesse gegen Irrenärzte* stattgefunden, welche Patientinnen als geisteskrank in Irrenhäuser abführen liessen. Seit Mrs. Weldon mit so erstaunlichem Erfolg die Gesundheit ihres Geistes vor einem halben Dutzend Gerichten bewiesen hat, glaubt jede Frau, der es einmal im Leben begegnet ist, wegen Geistesstörung eingesperrt zu werden, das Recht zu haben, die behandelnden Irrenärzte nachher gerichtlich zu verfolgen. Wenn das so fort geht, werden die Aerzte sich hüten, Zeugnisse auszustellen, selbst wo sie nothwendig sind. Eine Madame Zaffani, eine entschieden excentrische Engländerin, welche den Signor Achille Zaffani in Rom geheirathet hatte, zeigte dort Zeichen eintretender Verrücktheit und ihre Verwandten, welche wohl ihre Ehe mit einem Ausländer ebenfalls als Geistesstörung ansahen, liessen sie aus Italien nach England schaffen, mit der Absicht, sie in dem Privatirrenhaus des Dr. Forbes Winslow zu versorgen. Zwei der zugezogenen Aerzte weigerten sich, das von der Schwester Miss Manning verlangte Zeugniss zu geben; da liessen sich die Doktoren Spurgin und Edis bewegen, Madame Zaffani als geisteskrank zu erklären, und sie wurde in Hammersmith internirt. Von dort schrieb sie einen Brief an die amtlichen Inspectoren; diese statteten dem Irrenhause einen flüchtigen Besuch ab, fanden, dass die Patientin an Illusionen litt. Sie wurde einige Wochen später als geheilt entlassen. Statt sich für die Heilung dankbar zu zeigen, strengte Mrs. Zaffani einen Prozess gegen die Irrenärzte an; die Jury konnte jedoch zu keinem einmüthigen Verdikt kommen, und der Richter gab darauf sein Urtheil zu Gunsten der Angeklagten ab. — Ein noch merkwürdigerer Fall war derjenige der Miss Luise Hughes. Vor etwa 2 Jahren hatte sie die fixe Idee, dass die Wände des Hauses, ihre Finger, kurz alles mit *Schleim von Schnecken* bedeckt sei, vor welchen sie einen Abscheu hatte. Sie machte sich daran, Alles abzureiben, und da sie wähnte, dass auch ihre Kleider von Schleim durchdrungen seien, rannte sie nackt im Haus umher und versuchte, auf die Strasse zu entfliehen. Daraufhin liessen ihr Vater und Bruder sie von 2 Aerzten, Dr. Langmore und Armstrong untersuchen, und auf deren Gutachten hin wurde das Mädchen im Armenasyl in Bandstead auf einige Zeit versorgt. Nach ihrer Entlassung lebte sie im Haus ihres Vaters, bis dieser kürzlich starb. Daraufhin strengte sie gegen ihren Bruder und die Aerzte einen Prozess an; doch kam die Jury zur Einsicht, dass sie zur Zeit ihrer Einsperrung geisteskrank gewesen sei, und der Richter fällte sein Urtheil zu Gunsten der Angeklagten. A.

Es ist ein Referat für englische Neurologie zu vergeben.
Redaction.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28.)

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. Januar 1887. Nro. 2.

Inhalt.

I. Originalien. Zu welchem Zeitpunkt ist es angezeigt, mit der elektrischen Behandlung akut entzündlicher Krankheiten des Nervensystems zu beginnen? Von Dr. **Richard Friedländer** in Wiesbaden.

II. Referate und Kritiken. **Harris**: Fall von multiplen Tumoren (Sarcome) des Gehirns und Rückenmarks nebst einem Beitrage zur Pathologie der Syringomyelie. **Pitres et Vaillard**: Nevrite segmentaire. **Hadden und Sherrington**: Fall von bilateraler Degeneration im Rückenmark, 52 Tage nach Hirnblutung. **Wiglesworth**: Alte Amputation im linken Oberarm, verbunden mit Atrophie der rechten hinteren Centralwindung. **Réboul**: Hämorrhagie in die linke Hemisphäre des Kleinhirns. **Mickle**: Einige abnorme Formen der Athmung. **Charcot**: Sclerose en plaques. **Mitchel**: Die physiologische Wirkung der Ustilago Maidis auf das Nervensystem. **Curschmann**: Bemerkungen über das Verhalten des Centralnervensystem bei akuten Infectionskrankheiten. **Rosenthal**: Magenneurosen und Magencatarrh sowie deren Behandlung. **Daffield**: Cerebrospinalmeningitis. **Da Costa**: Cerebral embolism. **Spalding**: Cerebral embolism. **Beemer**: Hirnerschöpfung. **Cheesman**: Tetanus nach Impfen. **Babinski**: Magnetischer Transfert bei Hysterie. **Debove**: Ueber die hysterische Apoplexie. **Eloy**: Ueber Werth und Anwendung der blutigen Nervendehnung. **Taylor and Lovett**: Die Paralyse der Pott'schen Krankheit und ihr Verhalten unter „schützender Behandlung". **Holländer**: Zur Arsenbehandlung der Chorea. **Goldscheider**: Cocainwirkung. **Horsley**: Ueber Gehirn-Chirurgie (Schluss). **Seidel**: Ueber den Einfluss der Antiseptik auf die Indicationen zur Trepanation. **Magnan**: Folie hereditaire. **Graf**: Ueber den Einfluss Geisteskranker auf ihre Umgebung. **Cobbold**: Anhäufung von Haaren etc. im Magen. **White**: Psychose nach Bleivergiftung. **Lehmann**: Zur Frage über den günstigen Einfluss akuter Krankheiten auf den Verlauf von Geistesstörungen. **von Krafft-Ebing**: Eine klinisch-forensische Studie.

III. Aus den Vereinen. I. Académie des sciences de Paris. II. Société médicale des Hôpitaux zu Paris. III. Französischer Chirurgencongress. IV. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

I. Originalien.

Zu welchem Zeitpunkt ist es angezeigt, mit der elektrischen Behandlung akut entzündlicher Krankheiten des Nervensystems zu beginnen?

Von Dr. RICHARD FRIEDLÄNDER in Wiesbaden.

Es soll der Zweck der folgenden Zeilen sein, einer noch ziemlich allgemein verbreiteten Ansicht entgegenzutreten, die, in einer hinter

uns liegenden Epoche elektrotherapeutischen Könnens und Wissens entstanden, sich in ärztlichen Kreisen bis jetzt, wie ich meine, nicht zum Nutzen der Kranken behauptet hat. Es ist dies die Anschauung, dass man bei akut entzündlichen Nerven-Affectionen „nicht zu früh“ mit der electrischen Behandlung beginnen dürfe, dass erst das frisch entzündliche, das fieberhafte Stadium abzuwarten sei, wenn man nicht riskiren wolle, mit dem Strom mehr Schaden als Nutzen anzurichten, den Entzündungsprozess zu steigern, statt ihn aufzuhalten und zu beseitigen. Es bildete sich diese Ueberzeugung zu einer Zeit, als man mehr die reizende, erregende, hyperämisirende als die beruhigende, niederschlagende, anämisirende Wirkung des konstanten Stromes kannte — zu einer Zeit, als man gewohnt war, mit möglichst starken Strömen zu operiren. Leitete man einen solchen durch die frisch entzündete Nervensubstanz, so konnte natürlich nur eine Zunahme und schnellere Progression der Entzündung die Folge sein. —

In dem letzten Jahrzehnt trat die elektrotherapeutische Wissenschaft in ein anderes Stadium dadurch, dass eine exacte Messung des Stromes sich mehr und mehr einbürgerte. Durch die Aufstellung eines elektrischen Einheitsmasses, des Ampère resp. Milli-Ampère, durch die Anwendung immer mehr vervollkommneter Messinstrumente*), endlich vor Allem durch Einführung des Begriffs der Stromdichte in absoluter Form (C. W. Müller) verbunden mit einer genauen Zeitmessung sind wir in die Lage gekommen, den constanten Strom fast ebenso präcis dosiren zu können wie irgend ein anderes Medikament. Jetzt erst konnten sichere Erfahrungen darüber gewonnen werden, welche Stärke, welche Zeitdauer des Stromes in den verschiedenen Fällen zu wählen sei; und mehr und mehr hat sich in der modernen Elektrotherapie (Beard und Rockwell, Benedikt, Erlenmeyer, Eulenburg, Lewandowski, Moritz Meyer, de Watteville u. A.) die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass der Nutzen der elektrischen Behandlung in den weitaus meisten Fällen durchaus nicht in gradem Verhältniss stehe zu der Stärke des angewandten Stromes, dass man die besten und sichersten Heilerfolge bei ungestörtem Allgemeinbefinden der Patienten mit *schwachen, kurzdauernden Strömen* erziele. Ganz besonders aber gilt dieser Satz für die frisch entzündlichen Affektionen des Nervensystems — nur mit dem Zusatz, dass die Behandlung auch *möglichst zeitig* eintreten möge. Man kann bei einer akuten Neuritis, Myelitis, Poliomyelitis, Poliencephalitis etc. etc. nicht zu früh elektrisiren, wenn man nur vorsichtig genug den Strom anwendet. Wer freilich ein frisch erkranktes Rückenmark mit 10 MA. traktiren will, dem werden traurige Erfahrungen nicht erspart bleiben. Wer aber eine Stromdichte von $1/20$ für das Rückenmark und die peripheren Nerven, von $1/30$ für das Gehirn schon bei den ersten Krankheitserscheinungen

*) Hirschmann's absolutes Vertikal-Galvanometer; Kohlrausch's Stromwaage; Edelmann-Ziemssen'sches Einheits-Galvanometer (von C. W. Müller modifizirtes, bei dem Zehntel-Milliampères aus weiter Entfernung noch deutlich ablesbar sind).

anwendet, der wird seinen Patienten nie Schaden, wohl aber in sehr vielen Fällen grossen Nutzen bringen, den entzündlichen Prozess aufhalten und retten können, was überhaupt noch zu retten ist. Natürlich wird man sich nicht ganz ausschliesslich auf die Wirkungen der Elektricität verlassen dürfen und manches Andere zur Erleichterung des Kranken durch die in solchen Fällen altbewährten Heilmethoden thun können — doch bleibt die eigentlich radicale Behandlung, die der indicatio morbi am meisten entspricht, immer von vornherein die elektrische und der constante Strom bei solchen Affektionen in gewissem Sinne sicherlich das beste Antiphlogisticum.

Wie jede Regel, so wird auch diese ihre Ausnahmen haben. Ich spreche hier nicht von den syphilitischen Affektionen, bei denen selbstverständlich eine antiluetische Behandlung zunächst der elektrischen vorzuziehen ist (wenn auch diese, besonders in der Reconvalescenz, selten ganz zu entbehren sein wird), tuberculösen und anderen Prozessen — ich meine vielmehr cerebrale Affektionen, wie Entzündung bei Alters-Thrombose u. a., bei denen wegen zu grosser Hirn-Anaemie der konstante Strom kontraindicirt ist. Immerhin möge man auch bei diesen einen Versuch mit recht schwachen Strömen wagen.

Mein verehrter Chef, Herr Sanitätsrath Müller, dem ich die Anregung zu dieser kleinen Arbeit verdanke, war so gütig mir einen gemeinschaftlich beobachteten Fall zur Veröffentlichung zu überlassen, dessen Verlauf mir gerade als Beleg für die oben aufgestellten Behauptungen von Interesse erscheint.

Else K., 11 Jahre alt, ein früher immer gesundes Kind, erkrankte ohne besondere Veranlassung am 23. August 1886 unter den Erscheinungen eines akuten Gastricismus: Uebelkeit, Erbrechen, heftigem Kopfschmerze und einer Temperatur von 39⁰. In den folgenden Tagen blieb der Zustand ziemlich unverändert, nur wurde das Fieber mässiger.

Am 39. stellten sich, nachdem Tags zuvor vorübergehend *Schmerzen in der Halswirbelsäule* aufgetreten waren, *Bewegungsstörungen* zuerst im linken, bald darauf auch im rechten Arme ein, die rasch zunahmen. Am Abend desselben Tages fand ich folgenden Status praesens:

Etwas schwächliches Kind. Temperatur 38,2 bei 100 ziemlich kräftigen Pulsen. Von Seiten des cerebrum und der Gehirnnerven keine Störungen; Lunge, Herz, Abdominal-Organe frei.

Motorische Störungen:

Rechter Arm. Schultergelenk. Bewegung nach vorn und aussen nur 20⁰ und schwach; die übrigen Bewegungen noch ziemlich gut.

Ellbogengelenk. Bewegungen in Excursion gut, Beugung schwach.

Hand und Finger rechts noch ziemlich gut.

Linker Arm. Complete Lähmung bis auf geringe Bewegungen in den Fingern. Bewegungen des *Rumpfes* und der *Beine* noch gut — doch klagte Patientin in der letzten Nacht, dass die Beine sehr matt wären.

Die Untersuchung der *Wirbelsäule* ergiebt eine ziemlich bedeutende *Druckempfindlichkeit* der proc. spinosi des 5., 6., 7. Hals- und 1. Brust-Wirbels; die Querfortsätze sind noch höher hinauf druckempfindlich, auffallender Weise rechts mehr wie links.

Sehnen-Reflexe fehlen an den Armen. Patellar-S.-R. beiderseits recht kräftig, ebenso Achilles-S.-R., der eher schon als gesteigert zu bezeichnen ist.

Haut-Reflexe: Plantar-R. beiderseits gut, ebenso Bauch-R. und epigastrischer R.

Nirgends sensible Störungen.

Keine Störung in der Defaecation und Urinentleerung.

Nach diesem Befunde konnte es sich nur um *Poliomyelitis acuta* handeln.

Es wurde nunmehr *sofort* die elektrische Behandlung eingeleitet und zwar „Rücken stationsweise" mit Anoden*)-Platte 55 qcm., 3 Stationen von den oberen Halswirbeln ab, Kathode 55 qcm. oval bei der ersten Station auf das Manubrium sterni, bei den nachfolgenden auf das Epigastrium. Die Stromstärke betrug für die oberste Station 2—2½, für die unteren 3 Milli-Ampères, mithin die Stromdichte 2—3/55, und die Behandlungszeit für jede Station 45 Sekunden, also im Ganzen etwas über 2 Minuten. Diese Behandlung wurde täglich ein Mal ausgeführt und bis zum Ende der Kur praecis in derselben Weise fortgesetzt. Dabei wurde im Allgemeinen grösstmögliche Ruhe, besonders unmittelbar nach dem Elektrisiren angerathen, im Uebrigen keinerlei Verordnung getroffen.

Der Verlauf gestaltete sich nun folgendermassen. Das Allgemeinbefinden besserte sich schon in den ersten Tagen; die Temperatur war nach 2 Tagen wieder ganz normal, das allgemeine Mattigkeitsgefühl verschwunden, der Appetit vortrefflich. Trotzdem hatte die Affektion offenbar die Tendenz zur Progression, — denn während die oben erwähnte *Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule* schon nach den ersten Sitzungen *verschwand*, wurden nach und nach auch die *Brust- und Lendenwirbel auf Druck empfindlich*. Zugleich stellten sich leichte *Bewegungsstörungen in den Beinen*, besonders im linken ein, die aber, wohl unter dem Einfluss der fortgesetzten elektrischen Behandlung, sich nur bis zu einer gewissen Schwäche in einzelnen Gelenken entwickelten. In den Armen kehrten Bewegungsfähigkeit und Kraft stetig von Woche zu Woche in der umgekehrten Reihenfolge als die Bewegungsstörungen sich eingestellt hatten, wieder zurück.

Nach 3 wöchiger Behandlung waren die Bewegungen im *rechten Arm* wieder in der Excursion sämmtlich normal, während der *linke* etwa so weit wie der rechte im Anfang bewegt werden konnte, nur

---

*) Wir setzen in der Regel die Anode auf den locus morbi, weil dieselbe die Haut mehr schont, nicht aus „polaren" Gründen.

dass die Bewegungen im linken Deltoideus noch vollständig fehlten. In den *Beinen* war eine leichte Schwäche, am deutlichsten in den Streckern des *linken Fussgelenks* zu konstatiren. Die Druckempfindlichkeit der *Wirbelsäule* war jetzt ganz verschwunden. *Atrophien* waren um diese Zeit noch nirgends nachzuweisen; im Gegentheil war der Ernährungszustand ein blühender, Arme und Beine hatten, wie die Masse ergaben, an Umfang zugenommen. Die *Sehnen-Reflexe* an den Armen fehlten noch; ebenso jetzt an den Achilles-Sehnen, während an der Patellar-Sehne jetzt *auffallender Weise rechts* ein *sehr schwacher* kaum sichtbarer, links ein zwar gegen früher abgeschwächter, aber doch noch ziemlich guter Reflex nachzuweisen war.

Im ferneren Verlauf machte die Besserung immer weitere Fortschritte. Als *nach 12 Wochen* die Behandlung unterbrochen werden musste, waren die Bewegungen im *rechten Arm* in Kraft und Excursion wieder ganz normal, ebenso die der *linken* Hand sowie im linken Ellenbogengelenk in Excursion gut, wenn auch noch schwächer wie rechts. Dagegen bestand noch eine deutliche Schwäche im *linken Deltoideus*, an welchem sich auch in den letzten Wochen eine geringe *Atrophie* ausgebildet hatte. Sonst war nirgends eine Spur von Abmagerung an dem blühend und gesund aussehenden Kinde zu finden. Die Parese in den Beinen war bis auf eine geringe Schwäche des *linken Fussgelenks* bei Dorsal-Flexion, Ab- und Adduction verschwunden. *Die Sehnen-Reflexe an den Armen sind beiderseits wiedergekehrt:* an den *Beinen* sind dieselben von der Patellar-Sehne rechts leicht, links aber viel leichter, an der Achilles-Sehne rechts mitunter, links kaum zu erzielen — nach Jendrassik beiderseits, doch rechts leichter.

Die elektrische Untersuchung, welche vorher auf Wunsch der Eltern hatte unterbleiben müssen, ergab jetzt an dem atrophischen Deltoideus, am Muskel sowohl wie an den motorischen Punkten, ziemlich leichte faradische und galvanische Reaktion. Somit konnte die Prognose für die Beseitigung des Restes der Störungen als durchaus günstig bezeichnet und eine vollständige Heilung mit Sicherheit in Aussicht gestellt werden.

Der erzählte Fall ist, wie ich glaube, erstens darum von Interesse, weil schon beim ersten Beginn der Erscheinungen die elektrische Behandlung eingeleitet werden konnte, und zweitens deshalb, weil ausser der elektrischen Behandlung keine sonstigen therapeutischen Eingriffe vorgenommen wurden. Der Verlauf muss ein überaus günstiger genannt werden. Trotzdem im Anfang doch offenbar die Tendenz zur schnellen Progression nach abwärts bestand, wurden fast alle Störungen in verhältnissmässig kurzer Zeit beseitigt. Trotz der anfangs totalen Lähmung kam es nur in einem einzigen Muskel zu geringer Atrophie (ohne EaR.!); im Gegentheil hob sich im Laufe der Behandlung der ganze Ernährungszustand ausserordentlich, Arme und Beine wurden dicker, als sie vor der Krankheit gewesen waren. Die Sehnen-Reflexe, welche an den Armen ganz, in den Beinen fast ganz verschwunden waren, kehrten wieder zurück.

Ich bin weit entfernt zu behaupten, dass nur der elektrischen Behandlung allein das günstige Resultat zuzuschreiben sei. Giebt es doch erfahrungsgemäss mitunter Fälle von akuter Poliomyelitis, die auch ohne jede Therapie einen ähnlich günstigen Verlauf nehmen. Meine Absicht war es hauptsächlich der These entgegenzutreten, dass man bei Fieber überhaupt nicht, und bei akut entzündlichen Affektionen des Nervensystems ja nicht zu früh elektrisiren dürfe. Ein Jeder wird sich durch den Versuch in der eigenen Praxis am Besten überzeugen können, wie wenig zutreffend dieser Satz ist, wenn, wie ich hier nochmals wiederholen will, in der Eingangs erwähnten Weise elektrisirt wird.

Zum Schluss möchte ich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass man auch bei anderen als den in Rede stehenden nervösen Erkrankungen ja nicht zu lange mit dem Beginn einer rationellen elektrischen Behandlung warten möge. Wie anders würden sich die Folgen mancher Apoplexie gestalten, wie anders mancher Fall von Tabes verlaufen, wenn die Kranken immer zeitig genug der heilsamen Einwirkung des konstanten Stromes ausgesetzt würden!

II. Referate und Kritiken.

30) **Thom. Harris** (Lond.): On a case of multiple spinal and cerebral tumours (sarcomata), with a contribution to the pathology of syringomyelia. (Fall von multiplen Tumoren (Sarcome) des Gehirns und Rückenmarks nebst einem Beitrage zur P. der Syringomyelie.)

(Brain, Januar 1886.)

Ein 38jähriger Mann erkrankte mit Schmerzen in den unteren Extremitäten; Schwäche im linken Bein und Muskelschwund desselben. Nach etwa $1^1/_2$ Jahren zeigte sich dies auch im rechten Beine, zugleich Schwierigkeit beim Harnlassen. Sehr bald wurde die Lähmung vollständig. 2 Monate später erschien ein anästhetischer Fleck über dem linken Knie sowie über dem rechten Rippenrande in der Höhe der Medianlinie. Im Verlaufe von 6 Wochen verbreitete sich die Anästhesie über das ganze linke Bein bis zur Nabelhöhe, ergriff nach weiteren 4 Wochen noch das rechte Bein und verschmolz mit dem anästhetischen Bezirk des Rippenrandes. Der Kranke begann Schmerz über dem rechten Auge zu klagen, die Haut daselbst wurde in zunehmender Ausdehnung empfindungslos und es stellte sich Ophthalmie des rechten Auges ein. Der motorische Theil des Trigem. wurde mit ergriffen. Die Urinretention wurde vollständig. Im 21. Monate der Erkrankung Cystitis, schmerzlose Geschwüre der rechten Ober- und Unterlippe, später des unteren Augenlids. Der linke Arm wurde schwach und rigide (gesteigerter Tricepsreflex), der rechte rect. intern. und die linksseitigen Gesichtsmuskeln wurden gelähmt. Tod an Cysticis und Decubitus. Die Section ergab ein Spindelzellensarcom der cauda

equina, ein anderes im Dorsaltheil, ein drittes in der rechten Ponshälfte, sowie Höhlenbildung im Rückenmark. Verf. beschreibt ausführlich die Art der Einbettung der Tumorenmasse in das spinale Gewebe und sucht an dem klinischen Befunde den Nachweis zu führen, dass der Tumor in der cauda equina der primäre ist und wie die durch die Tumoren gesetzten secundären Degenerationen zu Stande kamen. Die Höhle des Rückenmarkes, die im oberen Halstheil einen zerklüfteten Raum darstellte, im unteren Divertikel bildete, und nach Theilung in zwei Kanäle in der oberen Dorsalregion für etwa 1 Zoll Länge in den erweiterten Centralkanal endete, hielt Verf. für eine durch Stauung der Cerebrospinalflüssigkeit erzeugte Ausdehnung dieses Kanals. Matusch (Sachsenberg).

31) **Pitres** et **Vaillard**: Contribution à l'étude de la névrite segmentaire. (Arch. de Neurologie 1886, XI. S. 337.)

Bei einem 37jährigen an Lungentuberculose leidenden Manne wurde die in Folge eines Vesicators entstandene Wunde diphtheritisch inficirt. Im Anschluss daran stellte sich eine allmählich zunehmende Lähmung aller Extremitäten ein. Zuerst wurde der linke Arm ergriffen, dann die unteren Extremitäten gleichzeitig, zuletzt der rechte Arm. Die Lähmung steigerte sich bis zur vollkommenen Paralyse. Es bestand an den gelähmten Extremitäten Anästhesie zugleich mit heftigen Schmerzen. Im weiteren Verlaufe kamen hinzu Atrophie der Muskeln und Verminderung der faradischen Erregbarkeit derselben. Gleichzeitig bestand eine Lähmung des weichen Gaumens und wenige Monate vor dem Tode traten Störungen der Herzthätigkeit und der Athmung auf. Tod in Folge von Lungenblutung. Die Section ergab in den Lungen weit vorgeschrittene Phthise mit Cavernenbildung. Die Untersuchung des Gehirns und des Rückenmarks fiel negativ aus. Das peripherische Nervensystem (hintere und vordere Wurzeln des Rückenmarks, verschiedene sensible und gemischte Nerven der Extremitäten) liess eine eigenartige Degeneration der Nervenfasern erkennen, welche Vff. wegen der besonderen Vertheilung der degenerirten Stellen als „Névrite segmentaire“ bezeichnen. — Das charakteristische der Nervenfaserdegeneration bestand darin, dass die einzelnen Nervenfasern in ihrem Verlaufe an manchen Stellen völlig intact waren, an anderen eine ausgesprochene parenchymatöse Degeneration erkennen liessen. Intacte Partieen von unbestimmter Ausdehnung wechselten mit degenerirten Stellen von verschiedener Länge ab. Untersucht wurden die zerzupften Nerven in Osmiumsäure (Kernfärbung mit Pikrocarmin). Die Degeneration zeigte sonst den für parenchymatöse Nervendegeneration characteristischen Zerfall des Axencylinders und der Markscheide. — Bei der Eigenartigkeit und der weiten Ausdehnung der Degeneration glauben Vff. dieselbe als durch die Diphtheritis hervorgerufen ansehen zu müssen. Müller.

32) **W. K. Hadden** und **C. S. Sherrington**: On a case of bilateral degeneration in the spinal cord, fifty-two days after haemorrhage in the cerebral hemisphere. (Fall von bilateraler Degeneration im Rückenmark, 52 Tage nach Hirnblutung.)

(Brain Jan. 1886.)

Sitz der Blutung war die linke innere Kapsel in der Höhe des vorderen Theils des Linsenkerns. Dem blossen Auge sichtbar war eine durchscheinende Beschaffenheit der linken vorderen Pyramide, die sich nach Färbung mittels der Weigert'schen Methode degenerirt erwies. Von der rechten Pyramide war nur ein kleiner nach innen gelegener Theil nahe der grauen Substanz des Kernes der bogenförmigen Fasern betroffen. Im Rückenmark (Höhe des V. Cervicalnervens) zeigten beide Seitenstränge und die beiden Ränder der vorderen Fissura degenerative Veränderungen, d. h. die direkten und die gekreuzten Pyramidenbahnen, wobei rechterseits die Affection stärker im Seitenstrang als im Vorderstrang war, linkerseits dagegen umgekehrt.

In der Höhe des 10. Dorsalnerven ist die Veränderung im rechten Vorderstrang nicht mehr sichtbar, während sie im Seitenstrang mehr nach aussen von der centralen grauen Substanz rückt. In der Höhe der 1. Sacralwurzel ist sie auf die Peripherie jeden Seitenstranges beschränkt.

In der Epicrise machen die Verf. aufmerksam auf den frühzeitigen Eintritt der Degeneration sowie die sogleich mit der (rechtsseitigen) Hemiplegie bemerkte und bis zum Tode andauernde Starre der gelähmten Glieder und den fast unmittelbar darauf beobachteten Fussclonus. Obgleich die secundäre Degeneration beiderseitig war, fehlte Starre und Fussclonus auf der linken Körperhälfte. Von grossem Interesse ist ferner, dass nach einseitiger Läsion doppelseitige secundäre Degeneration auftrat. Ob nach dem vorstehendem Befund die Degeneration nicht eher als aufsteigende statt wie bisher angenommen als absteigende zu betrachten ist, lassen die Verf. dahin gestellt sein.

Matusch (Sachsenberg).

---

33) **J. Wiglesworth**: A case in which an old amputation of the left upper arm was associated with an atrophied right oscending parietal convulsion. (Alte Amputation im linken Oberarm, verbunden mit Atrophie der rechten hinteren Centralwindung.) The journ. of ment. science. April 1886.)

Die Atrophie betraf das mittlere Drittel der hinteren Centralwindung. Die Amputation hatte im 4. Lebensjahre stattgefunden, den Stumpf konnte die Kranke, eine 56jährige Epileptische bewegen. Wann epileptische Krämpfe zuerst auftraten, ist nicht erwähnt.

Matusch (Sachsenberg).

---

34) **Réboul:** Hèmorhagie de l'hémisphére gauche du cervelet. (Hämorrhagie in die linke Hemisphäre des Kleinhirns.)

(Le Progrès méd. Nro. 48 1886).

Am 6. Juni Abends 10 Uhr wurde eine 63 jährige Frau ins Krankenhaus aufgenommen. Die Kranke war eine Stunde vorher von einem apoplectischen Anfalle befallen worden. Sie befand sich in einem comatösen Zustande und antwortete nicht mehr auf Befragen. Die Respiration war seufzend und unregelmässig, der Puls klein und schwach. Die linke obere und untere Extremität in Contractur, die Extremitäten der rechten Seite ganz schlaff. Keine Facialisparalyse, aber conjugirte Deviation des Kopfes und der Augen nach der rechten Seite. Tod am folgenden Tage.

Autopsie. Fettherz. Aorta- und Mitralklappen von zahlreichen, atheromatösen Plaques bedeckt. Meningen congestionirt. Gehirn frei von bemerkenswerthen Läsionen. Im Kleinhirn Bluterguss, der die ganze linke Hemisphäre zerstört hat: Die Gehirnarterien stark atheromatös.

Rabow (Berlin).

---

35) **Jul. Mickle:** Some abnormal forms of treathing. (Einige abnorme Formen der Athmung.) (The journ. of ment. science April 1886.)

V. unterscheidet drei Formen: die typische Cheyne-Stokes'sche Athmung, die modificirte und 3) eine Form, die klinisch nichts anderes als die typische sei minus der Periode der Apnoe und die er als „auf- und niedersteigende Athmung" bezeichnen möchte. Die zweite Form die „modificirte" Ch.-St. Athmung sei eine niedrige Stufe der ersten sowie durch Fehlen einiger Symptome von dieser unterschieden.

Matusch (Sachsenberg).

---

36) **Charcot:** Clinique des maladies nerveuses. Ouverture du cours de M. Charcot. (Eröffnung der Vorlesungen von Charcot.)

(Le. Progrès méd. Nro. 47 1886.)

Kürzlich hielt Charcot in der Salpêtrière seine erste Vorlesung in diesem Semester. Dieselbe war speciell dem Studium der *Sclerose en plaques* gewidmet. Zunächst hob er die hauptsächlichsten anatomischen Kennzeichen dieser Affection hervor, indem er besonders auf die unregelmässige Zerstreuung der sclerosirten Partien und auf die Erhaltung der Axencylinder hinwies. Diese anatomischen Eigenthümlichkeiten erklären erstens die so zahlreichen Differenzen, die die verschiedenen an der Sclerose en plaques erkrankten Individuen unter sich darbieten und zweitens die Möglichkeit der Remissionen und die Heilung dieser Affection. — Darauf wurden 2 Patienten mit der cerebrospinalen Form der Sclerose en plaques vorgestellt. Der eine, ein 29 jähriger Mann zeigt die Gesammtheit der classischen Symptome dieser Affection und kann als ein wahrhafter Typus betrachtet werden; dennoch sind die Sehnenreflexe bei ihm nur sehr wenig gesteigert. —

In dem andern Falle handelt es sich um eine 23 jährige Frau, die das Bild einer etwas verwischten Form zeigt. Der Tremor fehlt, dafür sind jedoch die Sehnenreflexe erhöht. Diese beiden Patienten ergänzen einander. In der nächsten Vorlesung beabsichtigt C. die freien Formen dieser Affection vorzustellen. Rabow (Berlin).

---

37) **James Mitchel** (Lancaster, Pa.): The physiological action of ustilago maidis on the nervous system. (Die physiologische Wirkung der Ustilago Maidis auf das Nervensystem.)

(The therap. Gazette 15. April 1886.)

Verf. kommt auf Grund von Froschexperimenten zu folgendem Schlusse: Ustilago wirkt auf das Gesammt-Nervensystem stark deprimirend, insofern es alle reflectorischen und Willensacte vermindert und endlich aufhebt. Das Aufhören der Reflexerscheinungen ist Folge einer Paralyse der sensibelen Theile des Rückenmarks; auch die motorischen Theile desselben sowie die peripheren motorischen und wahrscheinlich auch sensible Nerven werden durch dasselbe gelähmt. Der Tod ist die Folge einer Hemmung der Funktionen der Athemmuskeln.

Voigt (Oeynhausen).

---

38) **Curschmann** (Hamburg): Bemerkungen über das Verhalten des Centralnervensystems bei acuten Infectionskrankheiten. (Verhandlungen des V. Congresses f. innere Medicin. pag. 470 ff. Wiesbaden bei Bergmann 1886.)

Verf. theilt 2 interessante Fälle mit. Der erste, einen 31 jährigen Diener betreffend, war am 1. Juni Morgens mit heftigem Schüttelfroste erkrankt; er wurde am 7. in die Abtheilung von C. aufgenommen. Der Tod trat am Morgen des 9. schon ein. Die Erscheinungen, welche Pat. bot, passten vielleicht mit Ausnahme des hohen Fiebers, in das Bild der sog. Landry'schen Paralyse. Die Section zeigte eine um das 4 fache vergrösserte Milz, ferner in der Gegend der Cöcal-Klappen markig infiltrirte Peyer'sche Plaques, zum kleinen Theil noch mit gelbgrünen Schorfen bedeckt. Die macroscopische Untersuchung von Hirn und Rückenmark zeigt wesentlich nichts Abnormes. Aber aus dem oberen Brust- und Halsmarke liessen sich Reinculturen von Typhusbacillen darstellen. In's Blut von Mäusen und Kaninchen (durch Fränkel und Simmonds) eingespritzt, erzeugten diese Bacillen die von jenen Autoren geschilderten characteristischen Erscheinungen, an denen die Thiere zu Grunde gingen.

Die microscopische Untersuchung (Eisenlohr) wies an der Substanz des Rückenmarks nur geringe Abnormitäten nach: Quellung und Verdünnung der Axencylinder in wenigen Faserquerschnitten aus den hintern peripheren Parthien der Seitenstränge. Der vorliegende Fall ist somit als Abdominaltyphus mit Einwanderung der Typhusbacillen in's Rückenmark aufzufassen und höchst wahrscheinlich sind die schweren Lähmungserscheinungen von dieser Invasion herzuleiten. Von un-

tergeordneter Bedeutung ist die Erwägung, ob es sich um einen Fall von sog. Landry'scher Paralyse oder von Myelitis spinalis acutissima gehandelt hat.

Der zweite Fall betrifft eine 26 jährige Frau, welche am 16./9. 1884 völlig bewusstlos in's Krankenhaus gebracht war. 3 Tage vorher soll sie unter Schüttelfrost erkrankt sein. An demselben Abend erfolgte plötzlicher Collaps und Tod. Die Section ergab nach Entfernung der nicht ganz leicht abziehbaren weichen Hirnhäute, die ganze Oberfläche beider Hemisphären ziemlich gleichmässig und dicht bedeckt mit meist stecknadelkopfgrossen, kleinen und grösseren hämorrhagischen Punkten. Sie gehören ausschliesslich der Rinde an, indem sie theils streifenförmig sich senkrecht in dieselbe fortsetzen, theils mehr rundliche kleine Herde bilden. Milz um das fünffache vergrössert. Die betr. kleinen Blutextravasate fanden sich ausnahmlos durchsetzt mit zahllosen Pilzfäden, zweifellos als Milzbrandbacillen zu denken. Letztere fanden sich denn auch in den Lungen und in der Milz.

Es handelte sich also um Invasion von Milzbrandbacillen in's Gehirn, besonders massenhaft in die kleinsten Gefässe der grauen Substanz der grossen Hemisphären. Rückenmark wurde nicht untersucht. Ueber Zeit und Art der Invasion ergeben Krankengeschichte und Leichenbefund keinen Anhaltspunkt. Eine Primäraffection liess sich, wie in dem Baumgarten'schen Falle, nicht auffinden.

Goldstein (Aachen).

39) **M. Rosenthal** (Wien): Magenneurosen und Magencatarrh sowie deren Behandlung. (Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg 1886.)

Ein sehr interessant geschriebenes Werk aus der gewandten Feder des auf diesem Gebiete erfahrenen Verfassers, das gewiss allen denen, die auf diesem jetzt „modernen“ Felde sich orientiren wollen, willkommen sein wird. Wie vorauszusehen, sind mehr Hypothesen, als wirkliche unanfechtbare Thatsachen, zu verzeichnen; das liegt in der Natur des Stoffes, bei welchem die Thierexperimente so gut wie gar keinen Anhalt gewähren und sonst auch des Zweifelhaften so ungemein viel ist, denn motorische, sensibele, vasomotorische etc. Störungen gehen hier ja so häufig in einander über und sind so schwer auseinander zu halten. Desshalb lassen sich Wiederholungen auch nicht vermeiden und desshalb ist auch ein starres Schematisiren, wie es dem Verf. beliebt, schwerlich angezeigt. Man möge uns auch mit Rücksicht darauf die Inhaltsangabe ersparen, ebenso ein näheres Eingehen auf manche anfechtbaren Hypothesen — es würde letzteres auch den uns zu Gebote stehenden Raum weit überschreiten. Instructiv sind die 50 eingefügten Krankengeschichten und vorzüglich ist die Ausstattung der bekannten Verlagsbuchhandlung.

Goldstein (Aachen).

40) George Duffield (Detroit): Cerebrospinalmeningitis.
(The Americ. Lancet Juli 1886.)

Verf. erzählt unter obigem Titel ausführlich die Krankengeschichte und Heilung einer Frau, ohne uns zu überzeugen, dass es sich wirklich um Cerebrospinalmeningitis handelt; man gewinnt vielmehr den Eindruck, dass Pat. an einer functionellen (hysterischen?) Störung des Centralnervensystems litt. Voigt (Oeynhausen).

---

41) M. Da Costa (Philadelphia): Cerebral embolism.
(The Americ. Lancet Juni 1886.)

Ein Matrose hatte im Verlaufe von 4 Tagen zwei Anfälle von motorischer Paralyse des rechten Armes und Beines ohne Verlust des Bewusstseins; die Lähmung nach dem 2. Anfalle ging etwas langsamer zurück, als nach dem ersten. Verf. ist geneigt als Ursache nicht Apoplexie, sondern Embolie anzunehmen. Denn wenn auch eine Herzaffection nicht zu diagnosticiren war, so war doch der Puls schwach (was bei Apoplexie gewöhnlich nicht der Fall zu sein pflegt); auch lasse sich der schon nach 4 Tagen auftretende 2. Anfall viel besser durch ein Fortgewaschenwerden eines am 1. Anfalle schuldigen Thrombus erklären, als durch zwei in ihren Folgen so übereinstimmende Gefässrupturen. Voigt (Oeynhausen).

---

42) A. Spalding (Detroit): Cerebral embolism.
(The Americ. Lancet. Aug. 1886.)

Verf. berichtet 5 Fälle, in denen die Patienten im Verlaufe einer acuten Entzündung (Pneumonie, Arthritis, Myositis) plötzlich unter den Erscheinungen der Apoplexie starben. Obgleich in keinem dieser Fälle eine Herzaffection diagnosticirt werden konnte, sprach doch Alles dafür, dass die Todesursache nicht eine Apoplexie, sondern eine Hirnembolie war. Voigt (Oeynhausen).

---

43) H. Beemer (London, Ontario): Brain exhaustion. (Hirnerschöpfung.) (The Medic. Record 15. Mai 1886.)

Verf. schliesst sich rücksichtlich der Entstehung der Neurasthenie cerebral. der von Corning aufgestellten Hypothese an, nach welcher die Molecularaction, die der Hirnarbeit zu Grunde liegt, darin besteht, dass sich die Hirnzellen zusammenziehen ähnlich, wie sich die Muskelzellen zusammenziehen im Falle der Muskelarbeit. Dieses Zusammenziehen und Wiederausdehnen kann bei sonst passender und guter Ernährung jener Zellen eine gewisse Zeit ohne Schaden stattfinden; reicht die Zellenkraft nicht aus, so erfolgen die Symptome der Erschöpfung. Nun bemüht sich jede Zelle, ihre Kraft zu erhalten beziehungsweise zu vermehren durch Heranziehung von Nährmaterial aus dem Blute;

geschieht dies in Folge fortgesetzter geistiger Arbeit immer wieder, so bleiben mit der Zeit die betreffenden Blutgefässe erweitert — es entsteht für einige Zeit cerebrale Hyperämie, welche, sobald sie die physiologischen Grenzen überschritten hat, das eigentliche pathologische Merkmal der Hirnerschöpfung ist. Dazu aber gibt nicht nur die zulange fortgesetzte Anstrengung, sondern auch vor Allem die geistige Ueber- und Schnell-Arbeit Veranlassung, und um so leichter, wenn statt der zeitweisen nothwendigen Körperruhe gleichsam als Compensation für das lange Sitzen, Denken und Schreiben etc. Handlungen verordnet und ausgeführt werden, welche den Körper angreifen (weite Spaziergänge u. s. w.) — beiläufig ein Fehler, der nur allzuhäufig, selbst und gerade oft auf Rath des Arztes begangen wird. Ref.

Im Uebrigen sind nach Verf. vorzugsweise zur Hirnerschöpfung disponirt: 1. die auf dem Felde der Wissenschaft, Kunst oder Literatur Arbeitenden; 2. die Politiker, 3. die Kaufleute, Bankiers und Speculanten; 4. die zu fleissigen Schüler und Studenten; 5. die Mutter mit kleinen Kindern und zugleich grossen häuslichen Sorgen. Die klinischen Symptome theilt Verf. in psychische (wozu vor allem Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, leicht aufbrausender Zorn, Missmuth, Gedächtnissschwäche Zerstreutheit, Mangel an geistiger Concentrationsfähigkeit gehören) und physische (Scheitel-, Nacken- und Stirnschmerz, Erschöpfungsgefühl, Empfindlichkeit gegen Licht und Geräusche, bleiche Gesichtsfarbe, müdes Antlitz, Abmagerung, Magenstörungen, Herzklopfen, Phosphaturie, Polyurie). Rücksichtlich der Behandlung empfiehlt er am meisten Ruhe, namentlich durch viel Schlaf und gute, oft zu gebende Nahrung.

Voigt (Oeynhausen).

---

44) **Hobart Cheesman** (New-York): A case of traumatic tetanus followed, eight months later, by tetanoid symptoms after vaccination. (Ein Fall von traumatischem Tetanus, dem 8 Monate später nach der Impfung tetanische Symptome folgten.) (The Medic. Record. 8. Mai 1886.)

Ein 5jähriger nervöser Knabe verwundete sich leicht die Fusssohle durch einen Glassplitter, worauf 10 Tage später — die Wunde war nicht geheilt — Tetanus folgte. Pat. erhielt eine Dosis Calomel und jede Stunde einen Theelöffel, vom 3. Tage ab ein Esslöffel voll Wiskey; trotzdem letztere Dosis mehreremale verabreicht wurde trat weder Intoxication noch Schlaf ein, so dass die Mutter dem Kinde ein halbes Wasserglass voll Wiskey auf einmal gab, wonach es einige Stunden schlief und bald besser wurde. Etwa 7 Monate später wurde der Knabe geimpft. Nachdem er einige Zeit Schmerzen in den Impfstellen und dem Vorderarm, auch Krämpfe in dieser Hand, nächtliche Incontinentia urinae, sowie etwas Fieber gehabt hatte, fing er am 21. Tage nach der Impfung an über Kopfschmerz zu klagen, erbrach, delirirte wurde im Nacken und Rücken opisthotonusartig steif, bekam Krämpfe auch in den Extremitäten, sowie epigastrische Schmerzen, war schlaflos, hatte alle 10—15 Minuten Anfälle von Trismus, wurde hochgradig dyspnoisch (Zwerchfellkrämpfe?), zeigte dilatirte Pupillen, prominirende

starre Augäpfel u. s. w. Allmählich Besserung und nach 14 Tagen bis auf zurückbleibende stärkere Nervosität vollkommene Heilung in Folge von consequent fortgesetzten grossen Wiskey-Gaben (während Chloral, Bromide etc. nichts nützten) die daher nach Verf. in ähnlichen Fällen, (auch nach dem Bisse giftiger Schlangen) anzuwenden sind.
Voigt (Oeynhausen).

---

45) **Babinski** (Paris): Recherches servant à établir que certaines manifestation hystériques peuvent être transferées d'un sujet à un autre sujet sous l'influence de laimant. (Untersuchungen zum Nachweise, dass gewisse hysteriche Erscheinungen unter dem Einflusse des Magneten von einem Individuum auf das andre übertragen werden können). (Le Progrès méd. Nro. 47 1886.)

Bekanntlich kann man mit Hilfe von Metallen oder eines Magneten bei manchen hysterischen Individuen gewisse Symptome wie Anaesthesie, Paralyse, Contracturen u. s. w. von der einen Seite verschwinden und auf der andern wieder erscheinen lassen. Dieses als Transfert bezeichnete Phänomen kann häufig auch spontan ohne erneutes Anlegen von Metallen wieder beginnen und sich mehrere Male wiederholen (oscilations consecutives). Neue Untersuchungen auf der Charcot'schen Abtheilung haben gelehrt, dass sich 2 Personen in Bezug auf den Transfert zu einander ganz analog verhalten können, wie die eine Seite zu der andern bei einem einzelnen Individuum. Bei den Experimenten befinden sich die Patienten in sitzender Stellung, Rücken gegen Rücken. Contact ist dabei nicht erforderlich; ist er jedoch vorhanden, so vollzieht sich der Transfert schneller als bei einer etwaigen Distanz. Die ersten Versuche wurden an 2 jungen hystero-epileptischen Mädchen angestellt, welche hemi-anästhetisch waren, von hystero-epileptischen Anfällen befallen wurden und die Phänomene des Hypnotismus darboten. Beide Mädchen wurden in der oben angedeuteten Weise an einander gesetzt und an die Seite der einen von ihnen ein Magnet placirt. Die eine Patientin welche so lange hemianästhetisch war, wurde nun nach wenigen Augenblicken ganz anästhetisch und gleichzeitig hatte die andere Patientin ihre Sensibilität in der anästhetischen Seite wieder erlangt, während dieselbe auf der andern Seite erhalten blieb. Alsdann vollzieht sich ein neuer Transfert, selbst bei Entfernung des Magneten, indem die erste ganz anästhetisch gewordene Kranke ihre Sensibilität überall wiedererhält und die andere wiederum ganz anästhetisch wird. Es vollzieht sich auf diese Weise eine ganze Serie von consecutiven Sckwankungen. Bei der Trennung der Mädchen tritt wieder der vor dem Experimente constatirte Zustand ein, d. h. alle beide sind wieder hemi-anästhetisch, bezüglich der übrigen Details ist auf die Orginalarbeit zu verweisen.
Rabow (Berlin).

---

46) **Debove:** De l'apoplexie hysterique. (Ueber die hysterische Apoplexie.) (Union médicale 1886 Nro. 132.)

Ein 31 jähriger Mann fiel nach dem Essen bewusstlos zu Boden ohne irgend schätzenswerthe Ursache. Zwölf Stunden lang blieb er ohne Gefühlsäusserung, ohne Convulsionen und ohne unfreiwilligen Harn- oder Stuhlabgang, darauf zwölf Stunden linksseitig paralytisch. Die Lähmung nahm ab und am folgenden Tage konnte man nur eine beträchtliche Kraftabnahme der linken Seite und Hemianästhesie der Haut der Muskeln und der Sinnesorgane finden. Die Anwendung des Magneten beseitigte in einigen Tagen die Anästhesie, nachdem anfänglich die Hemianästhesie dadurch aus einer linksseitigen eine rechtsseitige geworden war. Gleichzeitig und parallel damit trat die motorische Lähmung zurück. Aus dieser Heilung schliesst D. auf die hysterische Natur der Affection und zögert auch nicht die Hemianästhesie bei Bleivergiftung als eine hysterische zu bezeichnen, da sie auf Application aesthesiogener Mittel zurücktritt. Rohden (Oeynhausen).

---

47) **Ch. Eloy:** De la valeur et des applications médicales de l'élongation sanglante des nerfs. (Ueber Werth und Anwendung der blutigen Nervendehnung.) (Union médicale Nro. 146. 1886.)

In einer meist statistischen Uebersicht kommt E. zu dem Schluss, dass die blutige Nervendehnung Resultate habe bei Neuralgieen etwa in der Hälfte der Fälle. Bei Tabes waren die Besserungen nur vorübergehende und der üblen Zufälle eine grosse Zahl. Die Opticusdehnung und die Dehnung bei Athetose, Hemiplegie, Paralysis agitans, myelitis traumatica hatte unsichere, oft unselige Resultate. Ebenso zweifelhaft ist die Wirkung beim tic douloureux des Gesichts; beim tic non douloureux bietet die Operation „einige Vortheile und schwache Gefahren". Die Dehnung des plexus brachialis resp. des ischiadicus schien Contracturen und traumatische Spasmen zu vermindern. Günstig wirkte sie auch bei der Epilepsie als Folge peripherischer Läsionen (Nussbaum und Tutschek) und brachte bei peripherischen Paralysen in seltenen Fällen Besserung der Ernährung der gelähmten Muskulatur, der Anästhesie und auch zum Theil der Motilität.

Hiernach schliesst E. mit Verwunderung, dass die blutige Dehnung einen Ruhmesgipfel überhaupt gehabt habe und dass sie die vorsichtigsten Kliniker zu ihren Verfechtern gezählt habe. Man müsse die Operation betrachen als traitement de necessité et non comme un traitement de choix. Rohden (Oeynhausen).

---

48) **Henry Ling Taylor** (New-York) and **Robert W. Lovett** (Boston): The paralysis of Pott's disease und its behavious under protective treatment. (Die Paralyse der Pott'schen Krankheit und ihr Verhalten unter „schützender Behandlung".) (The Medic. Record. 19. Juni 1886.)

Nachdem die Verf. auseinandergesetzt, dass die häufigste Ursache der Compressions-Myelitis eine Meningitis sei, und nachdem sie kurz

das klinische Bild jener Krankheit gezeichnet und dabei unter Anderem hervorgehoben haben, dass die Unfähigkeit zu gehen in derartigen Fällen Folge functioneller oder psychischer Störung sei, analysiren sie 59 Fälle, in denen unter 445 von D. Fayette Taylor behandelten resp. beobachteten Fällen von Spondylarthrocace Compressions-Paraplegie vorhanden war. Es betrafen diese Fälle 28 männliche und 31 weibliche Personen im Alter von 2—50 Jahren und zwar war die Knochenläsion 1 mal cervical, 7 mal cervicadorsal, 37 mal dorsal, 7 mal dorso-lumbar, 4 mal lumbar, (3 mal nicht klassificirt), die durch sie entstandene Deformität 20 mal sehr gross, 10 mal mittelgross, 17 mal sehr klein (12 mal nicht klassificirt,) 16 mal von abgerundeter, 10 mal von winkliger Gestalt. Diese verschiedene Grösse und Gestalt der Deformität stand in keinem bestimmten Verhältnisse zum Grade der Paraplegie, so dass als wichtigerer Factor zur Hervorbringung der letztern der Sitz der Caries und deren Beziehnung zu den Meningen angesehen werden muss. Die Paralyse entstand am häufigsten innerhalb der ersten beiden Jahre nach Beginn der Knochenerkrankung, war am häufigsten erst einseitig, nach wenigen Tagen schon doppelseitig und hatte gewöhnlich ungemeine heftige Brust- und Bauchschmerzen zu Vorläufern. Sie betraf stets zuerst die Motilität (in 32 Fällen complete, in 13 uncomplete) und nur in einer gewissen Anzahl von Fällen kam unvollkommene sensible Paralyse später hinzu. Die Paralyse dauerte fast niemals über 3 Jahre und ging ausser in einigen Fällen vor Eröffnung betreffender Abscesse schrittweise zurück und zwar zuerst die sensible dann die motorische (die Sehnenreflexe wurden erst in letzter Reihe wieder normal); überhaupt wurden unter den 59 Kranken 39 vollkommen gesund, 3 gebessert, 5 starben an intercurrenten Krankheiten. Von 19 Kranken, bei denen die Paralyse entstand, während sie in T's. Behandlung waren, wurden mindestens 17 gesund. Die betreffende Behandlung bestand in genau passender mechanischer Unterstützung des Rückens (Taylor'scher Apparat) und vor Allem Ruhe im Bett, bis die Paralyse nahezu verschwunden war. Es geschah dies aber durch diese Behandlung ziemlich schnell, innerhalb weniger Monate, ja wo die Paralyse eintrat, während jene schon eingeleitet war — eine seltene Erscheinung, da sie in jenen 445 Fällen nur 19 mal auftrat —, da war die Paralyse mässig, von kurzer Dauer und in vollkommene Heilung übergehend.

Verf. schliessen ihre Arbeit mit einem Briefe Taylors, in denen folgende Bemerkungen enthalten sind: 1. Die bleibende Paralyse in Folge Pott'scher Krankheit ist fast immer das Resultat von Knochendruck durch Einengung des Spinalcanals, nicht Folge von Exostosen; 2. die während der Zeit der Wirbelzerstörung auftretende Paralyse entsteht hauptsächlich durch Flüssigkeitsdruck, welche die medulla nicht tief schädigt, sondern nur ihre Function für einige Zeit stört (Durchbruch von Psoas-Abscessen etc. beseitigt oft sofort die Paralyse); 3. alle seine rechtzeitig unter seine Protections-Behandlung gekommenen Fälle heilten.

Voigt (Oeynhausen).

---

49) **A. Holländer** (Wien): Zur Arsenbehandlung der Chorea.
(Centralbl. f. d. ges. Therapie. IX. Hft. 1886.)

Verf. empfiehlt das Arsen, welches noch immer als das vorzüglichste und empfehlenswertheste Heilmittel bei Chorea sich erwies, in Pillenform zu geben, um die störenden Magenaffectionen, welche die Solut. Fowler. zuweilen begleiten, zu vermeiden. Er beginnt mit einer Pille (0,005 Arsen) und lässt jeden Tag mit 1 Pille bis auf 12—15 pro die steigen. Goldstein (Aachen).

---

50) **A. Goldscheider:** Die Wirkungen des Cocains und anderer Anästhetica auf die Sinnesnerven der Haut. (Monatsschr. f. Dermat. 86 Nr. 2.)

Pinselt man eine 10procentige Cocainlösung auf Zunge, Mund- oder Nasenschleimhaut, so tritt nach kurzer Zeit eine eigenthümliche, schliesslich in ein pamstiges Gefühl übergehende Sensation ein, ungefähr so, als ob die betreffende Stelle anschwelle. Mit dem Beginne dieser Sensation nimmt auch die Temperaturempfindlichkeit rapid bis zu völliger Anästhesie für kalt und warm ab, nachdem letztere eine zeitlang bestanden, kehrt die Empfindlichkeit allmählich und zwar, wie es scheint, gleichmässig für Kälte und Wärme wieder zurück. Auch die anderen Sinnesqualitäten erfahren gleichzeitig diese rapide Abnahme und langsame Wiederzunahme der Erregbarkeit, doch ist das Mass der Störung nicht für Alle das Gleiche. Das Kitzelgefühl scheint am meisten durch das Cocain beeinflusst und am letzten restituirt zu werden; das eigentliche Schmerzgefühl wird zwar ebenfalls herabgesetzt, aber gegen Reize von genügender Stärke nicht vollständig aufgehoben und ganz ähnlich verhalten sich der Drucksinn und das Ortsgefühl. — Die gleichen Beobachtungen macht man, wenn man am Vorderarm eine durch Collod. cantharidum ihrer Oberhaut beraubte Stelle mit der Lösung bepinselt; doch tritt hier noch eine andere Erscheinung deutlicher als an der Zunge hervor, nämlich eine auffallende Hyperalgesie gegen Wärmereize, die kurz nach der Application des Cocain sehr deutlich, nach einiger Zeit nicht mehr zu constatiren ist. Das Cocain scheint also zunächst einen Erregungszustand, nicht sofort eine Lähmung hervorzurufen; für die Temperaturnerven (die mit jener Hyperalgesie natürlich nichts zu thun haben) liess sich ein solcher Erregungszustand nicht nachweisen. — Wird das Cocain subcutan injicirt, so tritt bei 1 procentiger Lösung Herabsetzung der Empfindlichkeit ein, 5 Procent macht ausgesprochene Anaesthesie, bei 10procentiger Lösung beschränkt sich diese nicht auf den Injectionsbezirk, sondern breitet sich den Nerven entlang und zwar ganz vorzugsweise in centrifugaler Richtung (also am Arme stets nach der Hand zu) aus. Die Cocainwirkung erstreckt sich demnach nicht blos auf die Endausbreitungen, sondern auch auf die Stämme der Nerven. Die Grenzen des anästhetischen resp. hypaesthetischen Gebietes sind für alle Empfindungsqualitäten die gleichen, das Mass der Einwirkung auf die einzelnen entspricht den oben angegebenen Verhältnissen. Es gelang übrigens

die Anästhesie zu einer so vollständigen zu machen, dass am Injectionsbezirk auch jede Druck- und Schmerzempfindung aufgehoben war. Die Geschmacksnerven werden durch Cocain in derselben Weise beeinflusst, wie andere sensible Nerven und zwar scheint ihre Widerstandsfähigkeit zwischen derjenigen der Temperaturnerven und der Drucknerven in der Mitte zu stehen. Auch zeigte sich hierbei die erwähnte Hyperalgesie darin, dass, während die Geschmacksempfindungen vollständig aufgehoben war, Säuren, in geringem Grade, auch Kochsalz, eine stechende Sensation erregten, welche vor Application des Cocain nicht zu beobachten war. Ganz ähnlich wie Cocain, nur schwächer, in geringerer Ausdehnung und Dauer wirkt Carbol (in 5 procentiger Lösung aufgepinselt, in $2^1/_2$procentiger Lösung subcutan injicirt) ferner Kawa-Kawa dessen Wirkung einen exquisit localen Character trägt; jedenfalls scheint, wie beim Cocain bei allen localen Anästheticis auch dem Chloroform die Störung des Temperatursinns im Vordergrund der Erscheinungen zu stehen so dass einer Schwächung der übrigen II Sinnesqualitäten eine complete Aufhebung des Temperatursinnes entspricht. Bezüglich des Menthols, welches G. ebenfalls in den Bereich der Untersuchungen zog, überzeugte er sich, dass die kühlende Wirkung desselben nicht durch Verdünstungskälte, sondern hauptsächlich durch eine directe chemische Reizung der Kältenerven zu Stande kommt.

Müller.

---

51) **Victor Horsley:** Ueber Gehirn-Chirurgie. (Schluss.)

Drei Fälle zur Illustration der Methode.

1. Fall. James B. 22 Jahre alt. Pat. war mit 7 Jahren von einem Einspänner überfahren worden. Die Verletzung heilte nach Entfernung der eingedrückten Knochenstücke unter Substanz-Verlust und Eiterung vom Gehirn, auch die eingetretene Hemiplegie ging im Verlauf von 7 Wochen vollständig zurück. Mit 15 Jahren traten Krämpfe, mit langen Intermissionen ein. Im vorigen Jahre war er eine zeitlang im Hospital und hatte damals eine Unmasse von Anfällen und lag Tage lang im Status epilepticus. Nach einer 7 wöchentlichen Intermission nach Austritt aus dem Hospital verfiel Patient wieder für 3 Tage in den Status epilept. und wurde wieder in's Hospital gebracht. Dort hatte er in 14 Tagen ungefähr 3000 Anfälle, welche serienweise auftraten und fast alle dasselbe Bild darboten, indem sie meist in der rechten, manchmal in beiden unteren Extremitäten zugleich einsetzten. Ein Fall von erstgenannter Categorie pflegte in folgender Weise zu verlaufen: Die rechte untere Extremität war tonisch extendirt und der Sitz klonischer Krämpfe. Dann wurde die rechte obere Extremität in rechtwinkelige Stellung zum Rumpf gehoben, wobei Finger und Handgelenk gebeugt waren. Nächstdem wurden die Finger gestreckt und klonische Beuge und Streckkrämpfe befielen das ganze Glied, wobei dasselbe im Ellbogen langsam gebeugt wurde. Inzwischen hatten die Krämpfe im Bein aufgehört und befielen — während dieselben im Arm noch im vollen Gange waren — allmählich den rechten Mund-

winkel, von wo sie sich über die ganze rechte Gesichtshälfte verbreiteten. Schliesslich wurden Augen und Kopf nach rechts gedreht. Die Theile wurden somit, um es zusammenzufassen, in folgender Ordnung befallen: untere Extremität, obere Extremität, Gesicht und Nacken. Der Typus der Krämpfe war erst Extension, zuletzt Flexion, dazwischen beides abwechselnd; dies Symptomenbild wies somit deutlich darauf hin, dass der Herd der Affection am hinteren Ende der oberen Frontalfurche sich befand. Mit diesem Raisonnement stimmte vollständig die Lage der von der obengenannten Verletzung herrührenden Narbe links vom Scheitel. Dieselbe war quadratisch und unter ihr konnte eine eiförmige Knochenlücke, mit dem 1 Zoll langen grösseren Durchmesser parallel zu der Sagittalis gestellt, durchgefühlt werden. Druck auf diese Stelle war stets, besonders in der Periode der Anfälle schmerzhaft. Patient war 10 Tage lang nach dem letzten Anfall hemiplegisch in der Art, dass er mit der befallenen rechten Seite zwar alle Bewegungen ausführen konnte, aber nur mit ungefähr der halben Stärke wie links. Die Sensibilität der rechten Seite war nicht verändert, die Reflexe daselbst gesteigert.

Operation, 25. V. 1886. Nach Entfernung des Knochens rings um den alten Defect zeigte sich Haut, Dura und Arachnoidea in eine homogene straffe, bindegewebige Masse verwandelt, dieselbe wurde im Zusammenhang mit dem Lappen zurückpräparirt. Die Narbe im Gehirn war reich von Blutgefässen durchzogen, tiefroth, 3 ctm. lang und 2 ctm. breit. Die zunächst angrenzende Schicht war opak, die Farbe des Gehirns spielte etwas mehr in's Gelbliche als gewöhnlich. Die Narbe und die Gehirnsubstanz in $^1/_2$ cm. Tiefe ringsum ausgeschnitten, wodurch ein 2 cm. tiefer Defect entstand. Die Wunde heilte vollständig in einer Woche; die Spannung des Serums in derselben wurde 2 mal (1 mal wahrscheinlich unnöthig) vermindert. Nach der Operation war Patient zuerst in den Fingern gelähmt, ferner konnte er die Hand nicht beugen und den Vorderarm nicht supiniren. Das Tastgefühl an den Fingern war auf den Rücken der beiden peripheren Phalangen aufgehoben, bis zum Handgelenk herabgesetzt, endlich konnte Patient nicht angeben, in welche Stellung die Fingerglieder gebracht wurden. Diese Erscheinungen verschwanden binnen 2 Monaten und es sind seitdem (15. VIII. 1886) keine Krampfanfälle vorgekommen.

II. Fall. Thomas W. 20 Jahre alt. Patient bekam erstmals im Januar 1884 Krämpfe im linken Daumen und Zeigefinger, welche beiläufig 2 mal täglich kamen und während eines Zeitraumes von 3 Monaten sich zeigten. Der erste schwere Anfall trat März 1884 ein: Der Krampf erstreckte sich über den ganzen Arm und Patient fiel nieder. Der zweite Anfall kam im Februar 1885, der dritte im August 1885, von da ab bis zur Aufnahme kamen die Krämpfe ungefähr 1—2 Mal die Woche. Das Bild der Anfälle war so ziemlich dasselbe. Dieselben begannen mit klonischer Opposition von Daumen und Zeigefinger, dann trat klonische Beugung erst im Handgelenk, dann im Ellbogen und in der Schulter ein, dann wurde das Gesicht

verzogen und Patient wurde bewusstlos. Gesicht und Hände wurden dann nach links gedreht, das linke Bein heraufgezogen. Nachdem befiel der Krampf die rechte untere, dann die rechte obere Extremität. Oft folgte Lähmung des linken Beines nach dem Anfall. Täglich traten wiederholt Zuckungen im linken Daumen ein, dieselben konnten oft sistirt werden durch Gestreckthalten oder Umschnürung des Daumens. Im Februar und März 1886 begannen die Zuckungen oft im Gesicht, im April aber meist wieder im Daumen. Status praesens: Schwäche der linken Hand. Der linke Daumen oft im Zustand klonischen oder tonischen Krampfes, welcher durch gewisse Bewegungen an demselben künstlich hervorgerufen werden konnte. Kein Muskelgefühl im linken Daumen. Die tiefen Reflexe im linken Arm gerteigert. Kein positiver ophthalmoskopischer Befund.

Es ist von Dr. Beevor und dem Vortr. gezeigt worden, dass Opposition von Daumen und Zeigefinger durch minimale Reizung der Verbindungslinie der aufsteigenden Frontal- und Parietal-Windung hervorgebracht werden kann. Entsprechend dieser Beobachtung und dem gewöhnlichen Ausgangspunkte der Krämpfe, wurde die Diagnose gestellt auf eine reizend wirkende Läsion unbekannter Natur mit dem Sitz in der angegebenen Gegend des Gehirns und wurde die Operation beschlossen.

Nach der Trepanation zeigte sich ein Tumor, welcher mit der Dura adhärent war und ca. $^1/_8$ Zoll über die Gehirnoberfläche herausstand. Derselbe schien nur $^1/_2$ Zoll breit zu sein, da jedoch die ganze Umgebung auf weiter als einen halben Zoll dunkel und livid aussah, wurde diese krank erscheinende Parthie mit entfernt. Ferner wurde das Rindenfeld für die Bewegung des Daumens herausgeschnitten. Letztere Operation war in Aussicht genommen gewesen für den Fall, dass keine sicher als organisch erkrankt anzusprechende Stelle gefunden wurde. Die Wunde heilte zu fünf Sechstel per primam, der Rest, der untere Wundwinkel nach Ausstossung eines Hauptstückchens mit Granulation. Am nächsten Tage bestand theilweise motorische Lähmung der linken Gesichtshälfte, complete des linken Armes von der Schulter abwärts. Fünf Tage später wurde Verlust des Muskelsinns und Mangel der Apperception für leichte Berührung mit der Stecknadel — bei wohlerhaltenem Schmerzgefühl — notirt, ferner Steigerung der tiefen Reflexe im linken Arm und Bein. Gegenwärtig ist die linke Hand schwach und die feineren Bewegungen der Finger gelingen nicht recht, auch sind die Sehnenreflexe noch sehr gesteigert. Sonst ist nichts mehr nachweisbar. Schwere Anfälle sind nicht mehr vorgekommen, nur wenige und leichte Zuckungen in den drei äusseren Fingern, nicht im Daumen und Zeigefinger. Der Tumor besteht aus derbem Bindegewebe und enthält zwei Käseherde, welche die mikroskopische Untersuchung als tuberculös auswies.

III. Fall. George W. 24 Jahre alt. Pat. war mit 5 Jahren von einer fallenden Wagendeichsel auf den Kopf getroffen worden und hatte eine leichte complicirte Fractur erlitten. Mit 13 Jahren wurde

er an derselben Stelle von einem Pferde getreten. Drei Monate nach diesem Hufschlag begannen Krämpfe; dieselben traten jetzt alle drei Wochen in Serien von dreien oder vieren ein. Patient hat mehrere Narben auf dem Kopfe, herrührend vom Hinfallen in den Krämpfen und von Hufschlägen die er dabei — er ist Stallknecht — erlitt. Ueber dem vorderen oberen Winkel des Scheitelbeins, hart an der Medianlinie befand sich eine Narbe, darunter eine eingedrückte Stelle im Knochen. Die Narbe war druckempfindlich und oft, namentlich wenn die Zeit der Krämpfe herannahte, der Sitz heftigen Kopfweh's. Es bestand nahezu vollständige Hemianästhesie auf der rechten Seite, welche nach Anwendung starker faradischer Ströme ganz verging, während die Krämpfe nicht beeinflusst wurden. Die Aura derselben beschränkte sich auf den Unterleib: Patient hatte das Gefühl der Defäcation, manchmal mit stechendem Schmerz in der linken Seite des Unterleibs dabei, dann pflegte Würgen im Hals und manchmal krampfhafter Husten einzutreten, der Kopf drehte sich nach links (häufig auch die Augen), der Arm wurde mit einem plötzlichen Ruck vorwärts gestossen und Patient verlor das Bewusstsein. Alle Glieder wurden befallen und zwar gestreckt. Nach dem Anfall wurde der rechte Arm nach Angaben des Patienten für einige Zeit schwach. Das Rindenfeld für die Muskeln des Rumpfs und Abdomens — wo die Aura sich lokalisirte — liegt am hinteren Ende der oberen Stirnwindung, das für Kopf und Nacken etwas weiter unten, das für die Ausstreckung des Armes mehr nach hinten: Diese Thatsachen veranlassten die Annahme einer irritirenden Schädlichkeit im hinteren Drittel der oberen Stirnwindung, der Stelle, welche genau der oben beschriebenen Impression entspricht. Die Operation ergab, dass seinerzeit eine Absplitterung der Tabula vitrea mit Zerreissung der Dura stattgefunden hatte. Ein kleines rauhes Knochenstück ragte in eine keilförmige, 1 Ctm. breite und zwischen 1 und 5 Ctm. tiefen Höhle hinein, welche theils mit Flüssigkeit theils mit zartem Bindegewebe ausgefüllt war. Dieselbe wurde ½ Ctm. von der Wandung entfernt und ausgeschnitten. Die Wunde heilte in vier Tagen. Nach einer Woche klagte Pat. über Schwäche im ganzen rechten Arm. Sämmtliche Bewegungen waren in Mitleidenschaft gezogen, am meisten die der Hand. „Diese Parese ist sehr interessant, da sie ohne jeden Zweifel ein Beispiel von Paralysis hysterica virilis darstellt und ihren Zusammenhang mit der functionellen Anästhesie vor der Operation klar ist. Der Zwischenraum von 6—7 Tagen vor ihrem Auftreten entspricht genau der von Charcot (neulich) gemachten Angabe". Die Parese war am 15. August verschwunden.

Die angeführten Einzelheiten erlauben folgende Sätze aufzustellen.

1) Beim Menschen kann zeitweilige (corticale) Lähmung der Motilität und möglicherweise des Muskelsinns folgen auf Unterbindung der Gefässe, welche den betreffenden Theil der „motorischen Zone" versorgen, in welchem die betreffenden eingebüssten Bewegungen vorgestellt werden.

2) **Zeitweilige functionelle oder hysterische Lähmung der Sensibilität und Motilität kann beim Menschen folgen auf Operation an der motorischen Zone.**

3) Die Thatsache, dass epileptische Anfälle im Entstehen aufgehalten werden können, durch Umschnürung oder Streckung des contractuirten steifen Gliedes lässt vermuthen, dass die Functionen des Muskelsinns vorgestellt werden in der „exitomotorischen Zone".

Anmerkung des Ref.: Ich hatte Gelegenheit einer Gehirn-Operation von Horsley anzuwohnen. Es handelte sich um ein ca. 11 jähriges Mädchen dessen Krämpfe stets im rechten Mundwinkel begannen. Die Operation wurde ganz in der oben geschilderten Weise ausgeführt und möchte ich hier nur — was in Horsley's Vortrag nicht erwähnt ist — bemerken, dass der Operateur, ehe er die betroffene Parthie ausschnitt, sich über die Richtigkeit der Wahl der Stelle mittelst eines faradischen Stromes vergewisserte. Es machte auf die zahlreichen anwesenden Aerzte einen ganz gewaltigen Eindruck, als Horsley beim ersten Ansetzen der ca. $^3/_4$ cm. entfernten, im Griff verbundenen Pole, den rechten Mundwinkel ganz isolirt zur Zuckung brachte. Mit Bezug auf dieselbe Sache sprach — in der auf H's Vortrag folgenden Diskussion — Hughlings Jackson seine Bewunderung aus, nachdem er Zeuge gewesen, wie H. die eben beginnende Daumen-Contractur eines Epileptischen sofort an einem Affen durch Farasidation des blosliegenden Gehirns copirte. Erwähnen möchte ich noch, dass die Narcose in dem Fall, den ich sah, eine sehr tiefe war, indem das Kind während der ganzen, doch über eine Stunde dauernden Operation, auch nicht ein einziges Mal eine Bewegung machte; nachher bestand für einige Zeit Pulslosigkeit und subnormale Temperatur. Es befand sich damals noch ein weiterer, ca. 1 Monat vorher operirter Fall im Hospital. Der betreffende Mann, dem ein grosser Tumor an der rechten Hemisphäre entfernt worden war, sah sehr gut aus und konnte von der zuerst total gelähmten linken Seite wenigstens die Füsse und Unterschenkel wieder ziemlich bewegen. W.

---

52) **Karl Seidel** (München): Ueber den Einfluss der Antiseptik auf die Indicationen zur Trepanation. (Münch. med. Wochenschrift Nro. 44.)

Aus diesem Vortrage theilen wir unsern Lesern Folgendes für dieselben Interessante mit.

„Ich komme nun zu einem Capitel, bei dem ich mich recht reservirt ausdrücken möchte und Ihnen lediglich die Zahlen vorlege, wie sie sich aus meiner Zusammenstellung ergeben — zur Trepanation wegen Epilepsie. Sie wissen ja was Nothnagel über die Epilepsie sagt. „Die Symptome der Epilepsie waren Hippocrates schon so gut bekannt, wie uns, das Wesen ist uns noch so fremd wie ihm".

Wegen Epilepsie wurde unter Antiseptik 25 mal trepanirt mit einer Mortalität von 0 Proc. Die Statistik Billing's über diese Operation

weist eine Mortalität von 28 Proc. auf. Was die Heilungen von traumatischer Epilepsie durch die Trepanation betrifft, so hat Echevoerria die Heilung auf 65 Proc., König auf 59 Proc., Walsham auf 58 Proc. berechnet. Ich habe nun um dieser Frage ebenfalls näher zu treten, zu diesen 25 Fällen noch weitere vor Einführung der Antiseptik operirte Fälle, 57 an der Zahl, hinzugefügt. In fast der Hälfte der Fälle in 42 Proc. waren Brüche mit Depression die Veranlassung. In 57 Proc. der Fälle sass die Verletzung an einem Scheidelbein. Das Heilungsresultat berechnet sich auf 69 Proc. Ich möchte durch diese Zahl nichts weiter als einen Beweis zur Berechtigung des chirurgischen Eingriffes erbringen. Einen absoluten Werth getraue ich mir derselben wohl nicht beizumessen; denn einerseits, wie viele Kranke entschwinden nicht zu bald dem Gesichte des Operateurs, anderseits wissen wir, dass verschiedene Operationen, an Epileptischen vorgenommen, einige Zeit ein Aussetzen der Anfälle zur Folge haben.

Auf Grund des Vorausgegangenen dürften nachfolgende Schlüsse gerechtfertigt sein:

1. Die Trepanation unter Antiseptik ist eine ungefährliche Operation.

2. Dieselbe wird in unserer Zeit zu selten ausgeführt.

3. Dieselbe ist indicirt:

a. bei einfachen Contusionen und Fracturen, sobald die Diagnose auf Blutung aus intracraniellen Gefässen oder Absplitterung der tabula interna mit deletärer Wirkung auf die Gehirnrinde gestellt ist.

b. bei complicirten Fracturen zum Zwecke ausgiebiger Desinfection und Drainage zur Elevation von Depressionen und Entfernung von Knochensplittern, von Fremdkörpern, welche entweder sichtbar zu Tage liegen oder deren Lage mit Sicherheit bestimmt werden kann, endlich zur Stillung intracranieller Blutung.

c. bei Pott'scher Eiteransammlung.

d. bei Hirnabscess.

e. bei Knochenerkrankungen des Schädeldaches, wenn eine conservative Behandlung erfolglos geblieben.

f. bei Neubildungen des Schädels.

g. zu Versuchen bei Epilepsie, welche ihren Grund muthmasslich in Verdickung oder Depression des Knochens hat und einer medicamentösen Behandlung trotzt." W.

---

53) **Magnan:** Asile Sainte-Anne: Maladies mentales. — Ouverture du cours. (Le Progrès méd. Nro. 47 1886.)

In seiner Eröffnungsrede am 14. Novbr. d. J. sprach M. über die *Folie héréditaire.* Er kam hierbei auf die diesbezügliche Discussion in der Société médico-psychologique zurück, wo Falret sich ganz auf den Einfluss der Erblichkeit stützte. Cotard glaubt den in der Kindheit aufgetretenen pathologischen Zufällen, Christian den biopathologischen Bedingungen der Eltern im Moment der Conception,

Boucheran dagegen den Krankheiten der Schwangerschaft den hauptsächlichsten Einfluss zuschreiben zu müssen. Alle diese Thatsachen sind gewiss exact; sie stützen sich jedoch nur auf eine beschränkte Zahl von Fällen, und es bleibt als das hauptsächliche Element die Heredität, und zwar nicht bloss die durch progressive Steigerung übermittelte Heredität, wie Morel will, sondern auch die gleichartige Heredität, die bei den Descendenten psychische Symptome zum Vorscheine bringt, welche bereits die Vorfahren zeigten. Neben der Bezeichnung „degenerirt“ muss auch das Wort „hereditär“ erhalten bleiben. — M. macht darauf auf die Analogien und Verschiedenheiten aufmerksam, die in ätiologischer und klinischer Beziehung zwischen der Gruppe der hereditären Psychosen Morels und den Geisteskrankheiten der Hereditarier oder Degenerirten, wie man sie gegenwärtig annimmt, existiren.

Indem er noch auf das emotive Delirium von Morel zu sprechen kommt, äussert er sein Erstaunen darüber, dasselbe zu der Bedeutung einer Entität erhoben zu sehen. Es findet sich nothgedrungen als Grundlage aller krankhaften Manifestationen, die in den Rahmen der Folie hereditaire hineingehören. Ebenso verhält es sich mit dem hypochondrischen Delirium. Die Hypochonder Morels enthalten 1.) zahlreiche chronische Deliranten in der ersten Periode der Krankheit 2.) hauptsächlich Degenirte. Rabow (Berlin).

---

54) **Graf** (Werneck): Ueber den Einfluss Geisteskranker auf ihre Umgebung (psychische Ansteckung — Folie à deux — inducirtes Irresein). (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43 H. 3. 1886.)

Der Aufsatz bringt eine Reihe von Krankengeschichten, an denen die „psychische Ansteckung“ besser zu studiren ist, als bei den meisten der bisherigen Veröffentlichungen dieser Art. Letztere betreffen nämlich fast ausschliesslich Blutsverwandte, also Personen mit hereditärer Belastung, bei denen die psychische Einwirkung nur die Rolle einer Gelegenheitsursache spielt. In den vorliegenden Fällen dagegen fällt dieser Umstand fort. Es besteht hier keine Blutsverwandtschaft und kaum ein anderes ätiologisches Moment, als die Einwirkung der ersterkrankten Person. Die 3 ersten Fälle betreffen Ehegatten. In dem ersten erkrankte zunächst die Frau mit melancholischen Wahnideen und einem intensiven hysterischen Anfall, der den Mann so erschreckte, dass er in Tobsucht verfiel, woran sich später gleichfalls ein melancholischer Zustand anschloss. Die schon ruhiger gewordene Gattin bekam durch den Anblick des tobsüchtigen Mannes einen verstärkten Anfall ihrer Melancholie. Beide genasen. — Die zweite Mittheilung zeigt wieder den Ausbruch einer Melancholie zuerst bei der Frau, bald darauf bei dem Manne, der jedoch weiterhin paralytisch wird. Im 3. Falle wird die Frau melancholisch, kurze Zeit darauf erkrankte der Mann, anfänglich auch mit Melancholie, dann mit Erregtheit, Wahnideen etc. Die Frau bessert sich bald, die Krank-

heit des Mannes nahm einen ungünstigen Verlauf. — Der nun folgende Fall zeigt, wie ein melancholisch gewordenes Dienstmädchen die Tochter des Hauses psychisch inficirt. Im 5. Falle unterliegen Schwester und Frau eines verrückt gewordenen Mannes der Uebertragung. 3 weitere Fälle lehren, welche Gefahr das *Wartepersonal* nach dieser Richtung hin laufen kann. Den Schluss der Mittheilung bildet ein Fall von scheinbarer psychischer Infection. Hier erkrankte Mann und Frau an Paralyse. Beide zeigten aber Residuen von Syphilis.

Kron (Berlin).

---

55) **Cobbold**: Case of accumulation of hair etc. in the stomack, with remarks. (Anhäufung von Haaren etc. im Magen.) (The Journ. of ment. science. April 1886.)

Die Geisteskranke starb an Erschöpfung unter den Erscheinungen eines chronischen Magenleidens. Im Magen fand sich eine Masse verfilztes Haar, Cocosfaser etc. Matusch (Sachsenberg).

---

56) **Hale White**: A case of saturnine insanity. (Psychose nach Bleivergiftung.) (The journ. of ment. science. April 1886.)

40 jähriger Bleiarbeiter, am 4. Februar ein schwerer Anfall von Convulsionen mit Bewusstlosigkeit. Tags darauf ein zweiter, alsdann Verwirrtheit, Unruhe, Gewaltthätigkeit, nach 2 Tagen allmählich klar. Weder vorher noch nachher wurden ähnliche Zustände bemerkt.

Matusch (Sachsenberg).

---

57) **Lehmann** (Sonnenstein): Zur Frage über den günstigen Einfluss akuter Krankheiten auf den Verlauf von Geistesstörungen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43. H. 3 1886.)

Der oben genannte günstige Einfluss akuter Krankheiten ist von L. in 2 Fällen beobachtet worden. In dem einen handelt es sich um eine Frau, die in 14 Tagen nach einem Abortus an Melancholia agitata mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen erkrankt war. Die Affection schien in einen secundären Schwächezustand überzugehen als Patientin von einem Erysipelas faciei mit mehrtägigem hohem, continuirlichem Fieber befallen wurde, nach dessen Ablauf sie von der Psychose genas. Der zweite Fall betrifft eine Frau, die gleichfalls von einer agitirten, mit Hallucinationen einhergehenden Melancholie befallen wurde, in deren Verlauf sich eine Magenblutung einstellte, worauf die Reconvalescenz anhub. Hier würde einmal die durch die Blutung veränderte Ernährung des Gehirns (Anämie), dann der Chok als veranlassendes Moment in Betracht kommen.

Kron (Berlin).

---

58) **von Krafft-Ebing**: Psychopathia sexualis. (Eine klinisch-forensische Studie.) (Stuttgart 1886. Verlag von Enke. 110 S.)

Der auf dem pathologischen Gebiete des Sexuallebens durch frühere Arbeiten bereits rühmlich bekannte Verfasser bezeichnet in der Vorrede zu dieser Studie als Zweck derselben nicht sowohl die Sammlung „von Bausteinen zu einer Psychologie des Sexuallebens", sondern vielmehr „die Kenntnissnahme der pathologischen Erscheinungen desselben und den Versuch ihrer Zurückführung auf gesetzmässige Bedingungen".

Immerhin erschien es jedoch geboten, vor der Inangriffnahme des eigentlichen Zweckes der Abhandlung die Psychologie des Sexuallebens, die bislang eigentlich nur von Dichtern und Philosophen erörtert worden ist, auch vom rein naturwissenschaftlichen Standpunkt aus zu besprechen. Dies ist in kurzer aber klarer Weise im 1. Capitel geschehen. Hieran reiht sich in dem folgenden Capitel die Anführung der physiologischen Thatsachen, auf welchen das normale Geschlechtsleben basirt. Das 3. Capitel ist der allgemeinen Neuro- und Psychopathologie des Sexuallebens gewidmet. Der Verf. unterscheidet hier I. Periphere Neurosen. II. Spinale Neurosen. III. Cerebral bedingte Neurosen.

Erstere theilt er ein in sensible, secretorische und motorische; die spinalen Neurosen in Affectionen des Erektionscentrums und in Affectionen des Ejaculationscentrums. Die peripheren und spinalen sexualen Neurosen finden sich bei Weibern in der Mehrzahl der Fälle bei geistig gesunden Individuen. Sie nehmen daher auch das Interesse nicht so sehr in Anspruch als die cerebral bedingten Anomalien, welche überaus häufig zu perversen und selbst criminellen Handlungen führen.

Diese Kategorie zerfällt in folgende Unterabtheilungen:

A. Paradoxie, d. h. ausserhalb der Zeit anatomisch-physiologische Vorgänge bereits im Kindesalter auftretender oder im Greisenalter wieder erwachender und im letzteren Falle fast stets mit Veränderung des Charakters einhergehender Geschlechtstrieb. Die Akte beschränken sich bei Kindern nur auf Masturbation; bei Greisen bestehen sie meistens in unzüchtigen Handlungen an Kindern, doch kommen auch perverse Akte gegen Erwachsene und sogar Sodomie bei ihnen vor.

B. Anaesthesia sexualis (fehlender Geschlechtstrieb).

Dieselbe kommt vor 1) als angeborene Anomalie, ist aber — abgesehen von ihrer gelegentlichen Bedingung durch Verkümmerung der Genitalien bei Idioten und Cretinen — sehr selten und eigentlich nur bei ausgesprochen degenerativen Existenzen anzutreffen. 2) Häufiger ist die Anästhesie erworben und kann dann entweder von Veränderungen der peripheren Organe oder von Rückenmarks- und Hirnkrankheiten, z. B. Dementia paralytica herrühren.

C. Die Hyperästhesie (krankhaft gesteigerter Geschlechtstrieb).

Dieselbe zeigt sich vorwiegend bei Neurasthenischen und Belasteten sowie in psychischen Erregungszuständen, beim Weibe ausserdem nicht selten postmenstrual und im Klimakterium. Die daraus resultirenden Akte können bei defektem moralischem Sinne pervers werden.

D. **Paraesthesie** (Perversion des Geschlechtstriebes).

In diesen Fällen findet eine perverse Betonung sexueller Vorstellungskreise mit Gefühlen statt, indem Vorstellungen die in der Norm Widerwillen oder Ekel erzeugen, Lustgefühle und Verlangen hervorrufen. Die auf diese Weise erzeugte Perversion des Geschlechtstriebs darf nicht mit der auch bei nicht psychopathologischen Bedingungen vorkommenden Perversität (Lasterhaftigkeit) desselben verwechselt werden. Entscheidend kann die Beurtheilung im Einzelfalle nur bei Berücksichtigung der Gesammtpersönlichkeit des Handelnden und der Triebfedern seiner perversen Handlung sein.

Die unter diese Rubrik fallenden perversen Handlungen äussern sich als

I. Geschlechtliche Neigung zu Personen des anderen Geschlechts in perverser Bethätigung des Triebs.

II. Als mangelnde Geschlechtsempfindung gegenüber dem anderen bei stellvertretendem Geschlechtsgefühl und Geschlechtstrieb zum eignen Geschlecht (conträre Sexualempfindung).

Ad I gehören jene Zustände, in welchen Hyperästhesie und Parästhesie des Geschlechtstriebes kombinirt vorhanden sind, und die sich vornehmlich als bis zur Grausamkeit, Mordlust und Anthropophagie gesteigerter Wollust zu erkennen geben. Hierher sind auch jene seltsamen Fälle zu rechnen, in welchen der Anblick frisch geschlachteter Thiere oder das Martern und Würgen derselben ein Wollustgefühl bis zur Ejaculation erzeugt. Rein parästhetischer Natur sind dagegen Handlungen wie das Stechen, Schneiden oder Würgen von Frauenzimmern, das Zopfabschneiden oder Bespritzen mit Tinte, oder jene Fälle, wo die geschlechtliche Befriedigung durch den Anblick weiblicher Wäsche oder durch das Manipuliren mit Damenschuhen herbeigeführt wird. In allen diesen nur als Paraesthesie zu bezeichnenden Fällen pflegt meistens Impotenz oder eine gesteigerte Reizbarkeit des Ejaculationscentrums vorhanden zu sein. Eine eigenartige Form von perverser Befriedigung des Geschlechtstriebs stellen die sogenannten Exhibitionisten dar, d. h. Männer, die vor Weibern ostentativ ihre Genitalien entblössen, ohne jedoch irgendwie aggressiv zu werden. Sie rekrutiren sich erfahrungsgemäss fast nur aus Schwachsinnigen, Altersblödsinnigen, Paralytikern und Epileptikern. In das Gebiet der auf Paraesthesie beruhenden perversen sexuellen Handlungen gehören auch die Versuche, an weiblichen Statuen die Geschlechtslust zu stillen, ferner jene Monstrositäten, in welchen weibliche Leichen hierzu benutzt wurden.

Ad II unterscheidet der Verf. angeborene und erworbene conträre Sexualempfindung, doch gibt er selbst an, dass sie in den meisten

Fällen angeboren sei. Frühzeitiges und abnorm starkes Geschlechtsleben, Einwirkungen der eigenartigen Geschlechtsempfindungen auf den ganzen Charakter und die Persönlichkeit, das Vorkommen funktioneller oder anatomischer Degenerationszeichen, die Häufigkeit von Neurosen und psychischen Anomalien bei den befreffenden Individuen selbst oder in deren Blutsverwandtschaft sind die Momente, welche nach des Verf. Ansicht am meisten berücksichtigt werden müssen. Wirkliche Heilung der angeborenen conträren Sexualempfindung ist noch nicht beobachtet worden und dürfte nach des Autors Meinung auch nicht zu erwarten sein. Dagegen sah Verf. in einem Falle der erworbenen Form jener Störung, die mit neurasthenischen Symptomen einherging, einen sehr guten Erfolg von der elektrischen Massage.

Das 4. Capitel behandelt die spezielle Pathologie des krankhaften Sexuallebens und beschäftigt sich zunächst mit den Erscheinungsweisen desselben bei psychischen Entwicklungshemmungen. Bei hochgradigen Idioten kommt es fast nie zu sexuellen Vergehen, häufig dagegen bei den mässigen und geringeren Graden des Schwachsinns, und sind es hier neben Masturbation meistens Unzuchtsvergehen an kleinen Kindern und an Thieren, sowie Exhibition, welche beobachtet werden. Bei den erworbenen geistigen Schwächezuständen — mit Ausnahme der Altersdemenz — scheinen Perversionen des Geschlechtstriebs selten zu sein, doch sind solche immerhin beobachtet worden bei consecutiver Geistesschwäche nach Psychosen beim Schwachsinn nach Apoplexie, nach Kopfverletzungen und nach Lues. Relativ am häufigsten kommen sie vor bei Dementia paralytica und bei den psychischen Störungen in der Epilepsie. Die perversen geschlechtlichen Handlungen der Paralytiker zeichnen sich durch ihre Ungenirtheit und ihren Cynismus aus. Bei den Epileptischen ergeben sich alle Möglichkeiten bezüglich einer rücksichtlosen und brutalen Befriedigung des Geschlechtstriebes. Bemerkenswerth ist besonders ein hiehergehöriger Fall von Kr.-E.'s, in welchem wie auch sonst so häufig bei strafbaren Handlungen Epileptischer — trotz zweifelloser hochgradiger Bewusstseinsstörung doch ein sehr raffinirtes zweckmässiges Handeln des betr. Individuums zu verzeichnen war.

Interessant sind die periodisch auftretenden Störungen des Geschlechtslebens, die analog der Dipsomanie vorkommen, wenn auch einige der mitgetheilten Beispiele eher an epileptische Zustände erinnern. Die Ursachen dieser Periodicität sind dunkel, bei Weibern scheint sie manchmal an die Menstruation gebunden zu sein. Die Störung selbst pflegt meist nach kurzen Vorboten einzutreten und mit Schlaflosigkeit, Aufregung, Angst und Appetitlosigkeit zu verlaufen. Merkwürdigerweise scheint, dass das Mittel zur sexuellen Befriedigung hier meistens in Misshandlungen (Flagellation etc.) seitens des anderen Geschlechts zu bestehen.

Verf. bespricht sodann die krankhaften sexuellen Verirrungen bei der Manie, der Melancholie, der Hysterie und der Paranoia. Bei den ersteren äusseren sich dieselben nicht selten in der Form der Nymphomanie und Satyriasis.

Das 5. Capitel ist der forensischen Seite der geschilderten Erscheinungen gewidmet. Zunächst kann nicht in Abrede gestellt werden, dass auch bei geistig Gesunden die monströsesten und perversesten sexuellen Handlungen vorkommen können. Im Allgemeinen wird man indess gut thun, jeden eines sexuellen Verbrechens Angeklagten einer genauen äzztlichen Expertise zu unterziehen. Häufig lässt sich dann die Anomalie des Sexuallebens mit einer Neuropathie oder Psychopathie in Verbindung bringen. Meistens wirken mehrere Ursachen krankhafter Natur zusammen, wo es zu incriminirten Handlungen dieser Art kommt. Vor allem ist es der Mangel an sittlichen oder rechtlichen Contrastvorstellungen (seien angeboren oder erworben), oder das Ausserkrafttreten derselben in Folge von Bewusstseinsstörung, welche im Verein mit einem perversen und oft auch sehr gesteigerten Geschlechtstrieb zur Begehung sexueller Verbrechen und Scheusslichkeiten führen. Hohes Alter, Oeffentlichkeit der incriminirten Handlung, läppische oder perverse oder brutale, grausame Befriedigung des Geschlechtstriebs können von vornherein schon vermuthen lassen, dass das betr. Individuum gestört ist.

Diejenigen Fälle, welche bei geistig Gesunden vorkommen — und es sind oft die allerscheusslichten —, betreffen fast ausschliesslich tief gesunkene Wüstlinge. Reinhard (Hamburg).

III. Aus den Vereinen.

I. Académie des sciences de Paris.

(Union médicale 1886 Nro. 128.)

59) **Mariano Seumola** macht Mittheilung über *paralytische Ataxie des Herzens bulbären Ursprungs.* Er bezeichnet damit jene Störungen der Herzthätigkeit, welche nach körperlicher Erschöpfung, namentlich nach Excessen in Venere das männliche Geschlecht zwischen dem 45—60. Lebensjahre befallen können. Anfänglich treten dyspeptische Erscheinungen, sogar Magencatarrhe auf. Dann erst folgen jene Störungen des Herzens, die mit einer Abschwächung der Systole und geringer Pulsbeschleunigung beginnen. Werden die genannten Schädlichkeiten nicht beseitigt, so treten nach jeder solchen Palpitationen, Dyssystolie und Athmungsstörungen verschiedener Dauer auf; weiterhin „marmorirtes Colorit" an den Händen, Fingern und Unterarmen, an den Beinen und Kniegelenken, eine Erscheinung, die er mit neuroparalytischer Stase erklärt. Ferner zeigen sich Respirationsangst bei leichten Anstrengungen, Rasselgeräusche an den Lungenbases, nächtliche Suffocationsanfälle, die schneller vorübergehend sind als die bei Klappenfehlern, Oedeme der Füsse und „alle Erscheinungen der nicht compensirten Störungen der organischen Herzkrankheiten" bis zum Hydrops. Jetzt lassen sich auch kleine Veränderungen oder Geräusche am ersten Ton der Mitralis oder Tricuspidalis wahrnehmen, die S. durch Mängel in der Contraction der Klappenspanner erklärt. Wie er zu obiger

schwerlich unbestrittener Bezeichnung dieser Erscheinungen: paralytische Ataxie bulbären Ursprungs gekommen, will er 1881 auf dem Londoner Congress erklärt haben. Rohden (Oeynhausen).

II. Société médicale des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 12. November 1886. (Le Progrès méd. Nro. 47. 1886.)

60) **Féréol** stellt einen 32 jährigen Maurer vor, der kürzlich ganz plötzlich ohne Veranlassung von einer vollständigen linksseitigen *Monoplegia brachialis* befallen wurde. Es findet sich eine Spur von Atrophie und fast vollständige Anästhesie des Armes, aber kein Symptom irgend welcher Neurose. Seit lange litt Pat. ein wenig an diesem Arm, die Finger waren oft wie abgestorben und zuweilen nahmen die Finger vorübergehend Krallenstellung ein. Dr. Boudet fand an dem Patienten musculäre Hyperexcitabilität, ohne Entartungsreaction.

Féréol glaubt nicht, dass es sich in diesem Falle um eine hysterische Paralyse handle. Es liegt eine Monoplegie vor, deren Natur für den Augenblick noch in Dunkel gehüllt ist.

Rabow (Berlin).

III. Französischer Chirurgencongress.

Paris, vom 8.—24. October 1886.

61) **Vaslin** (Angers): *Die Pathologie und Therapie des Tetanus.*

V. glaubt nach der Beobachtung eines Falles, in dem bei einem durch einen Transmissionsriemen schwer verletzten, im Knie exarticulirten Kind, infectiöse Natur des nach einer Gemüthsaufregung durch eine sehr stürmische Visite aufgetretenen Tetanus sich nach Fehlschlagen von Impfversuchen ausschliessen liess, eine hauptsächlich nervöse Form des Tetanus annehmen zu sollen, um so mehr als die Entfernung jeglichen Reizes (Isolirung im dunklen Zimmer) in dem betreffenden Fall nach 29tägiger Krankheit zur Reconvalescenz führte und nach Faucher auch bei Pferden der Tetanus oft durch absolute Isolirung im verdunkelten Stalle zur Heilung gelangte. Ausser der Fernhaltung aller nervösen Aufregungen, betont V. die Bedeutung antispasmodischer Mittel und die Ernährung der betreffenden Patienten die u. A. wie in dem betreffenden Falle, eine vorhergängige Zahnextraction nöthig macht um den Weg zum Eingiessen der Milch zugänglich zu machen. Auch Ballestreri stimmt nach zwei Beobachtungen in Genua dieser Ansicht, Tetanus als Neurose aufzufassen bei, während Thiriar (Brüssel) der unter einer grossen Anzahl Ovariotomirter vier unter tentanischen Complicationen verlor und von einem förmlich epidemischen Auftreten des Tetanus in der Umgebung von Waterloo spricht, danach sich mehr der parasitären Theorie des Tetanus zuneigt; — ebenso ist Doyen (Reims) Anhänger der Microbentheorie und auch Larges (Paris) der die Erfahrungen Saboia's unter Anderen, dass Tetanus seit der antiseptischen Wundbehandlung viel seltener geworden, anführt und einen Fall berichtet der 11 Jahre nach

einem früheren Tetanusfall in dem an das betreffende Zimmer unmittelbar angrenzenden, nur durch einen dünnen Verschlag getrennten Raume auftrat.

Auch Maunoury (Chartres) spricht sich nach sieben Fällen gegen die Auffassung des Tetanus als Infectionskrankheit aus. Verneuil glaubt, dass wie der Rotz so auch der Tetanus speciell eine Pferdekrankheit sei, beim Pferd sei der Tetanus sicher infectiös (nach Cerèmini u. A. kommen Endemien vor, dass alle operirten oder verwundeten Pferde tetanisch zu Grunde gehen) und würden besonders solche, die mit Pferden zu thun haben Individuen mit Wunden, die durch Pferdebiss erzeugt sind etc. von Tetanus befallen.

Bovies (Montauban) berichtet über einen Fall von Heilung eines Tetanus bei täglichem Verbrauch von etwa 10,0 Chloral und 0,08 Morphium bei einem 13jährigen Kind und legt besonders auf richtiges Eingreifen in den Krisen, Respirationskrämpfen grosses Gewicht, empfiehlt stets eine eigene Person zur Beobachtung der betreffenden Kranken aufzustellen.

Blanc (Bombay) giebt interessante Mittheilungon über den *Tetanus in Indien* und konnte B., obgleich das Seltenerwerden mit Einführung der Antiseptis constatirt, doch immerhin 60 Fälle in Bombay beobachten, die hauptsächlich in die heisse Jahreszeit fallen. Bl. beschuldigt das Trinkwasser als Infectionsquelle.

IV. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 19. November 1886.

62) **Exner**: *Ueber neuere Forschungsresultate die Localisation in der Hirnrinde betreffend.*

Der Vortragende knüpft an die über dieses Thema in der physiologischen Section der diesjährigen Naturforscherversammlung gepflogenen Verhandlungen an und constatirt, dass diese dazu geführt haben, dass die Gegensätze zwischen den einzelnen Physiologen in dieser Frage sich genähert haben. Er gibt zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen über diese Frage herrschenden Ansichten und weist darauf hin, dass Hitzig sich seiner und Paneth's Auffassung, nach der seine Centren blos als Maximum der Erregbarkeit zu betrachten seien, angeschlossen hat, dass auch Charcot und Pitres von ihrem Schema zurückgekommen sind und das Ineinandergreifen der verschiedenen Gebiete anerkennen, ebenso Luciani und Sepilli.

Zur Besprechung der einzelnen Gebiete übergehend, hebt Herr Exner die Ansichten Munk's und Goltz's über die motorische Sphäre beim Hunde hervor. Munk hat auf der Naturforscherversammlung einen Hund vorgestellt, dem er die Hinterhauptlappen exstirpirt und der nach seiner Meinung blind sein sollte. Der Hund war in der That blind, aber er konnte die Treppe nicht hinuntergehen, was Goltz zu der Behauptung veranlasste, der Hund habe eine motorische Störung, denn ein durch die Exstirpation der Bulbi blind ge-

machter Hund stieg die Treppe ganz gut hinunter. Goltz hat Recht, denn der Hund benimmt sich thatsächlich anders in seinen Bewegungen wie ein Hund mit intactem Gehirn und Munk selbst hat, indem er gesagt hat: es sei selbstverständlich, dass der Hund, dem man ein Stück Hirnrinde herausgeschnitten hat, sich anders in seinen Bewegungen benehmen müsse, zugestanden, dass eine Motilitätsstörung vorhanden sei und folglich, dass sich die motorische Sphäre bis in die Hinterhauptlappen erstreckt.

Goltz hat ferner erklärt, dass er seine Resultate nicht in Widerspruch erkläre mit denen Exner's und Hitzig's. Fritsch hat ebenfalls, aus anatomischen Gründen, eine scharf begrenzte Localisation verworfen, so dass ein guter Theil der Physiologen, die über die Localisation gearbeitet haben, in Bezug auf die motorische Sphäre darüber einig sind, dass es keine scharfen Grenzen gibt, sondern dass ein allmähliches Abklingen der verschiedenen Gebiete stattfindet.

Von der sensorischen Sphäre ist die Sehsphäre die wichtigste. Nach Munk ist sie scharf begrenzt. Gegen eine solche scharfe Grenze sind Goltz, Hitzig, Luciani und Sepilli aufgetreten. Kann man Säugethiere durch Exstirpation der ganzen Hirnrinde blind machen? Frösche verlieren nicht ihre Sehfunctionen nach Exstirpation der ganzen Hirnrinde, ebenso Vögel. Munk behauptet, dass Tauben nach Exstirpation der Hirnrinde blind werden. Christiani und Gudden haben bei Kaninchen den grössten Theil der Hirnhemisphären abgetragen, ohne dass die Thiere ihre Sehfunctionen eingebüsst hätten. —

Beim Hunde hat Munk durch Exstirpation der Hinterhauptlappen Blindheit erzeugt, dagegen hat Goltz ein Hirn bei der Naturforscherversammlung vorgestellt, das einem Hunde gehörte, der ganz gut gesehen hatte und dennoch unterschied sich dieses Gehirn durchaus nicht von dem des Hundes, den Munk blind gemacht hat, ja beim Goltz'schen Hunde schien noch mehr Hirn abgetragen zu sein. Es scheint demnach, dass man durch die gleiche anatomische Operation einmal Blindheit erzeugen kann, ein anderes Mal nicht. Das scheint auf den ersten Anblick paradox und dem Causalitätsgesetz widersprechend, ist es aber durchaus nicht, wenn man bedenkt, dass die Hirnrinde ein Organ ist, von dem man nie zu wenig Voraussetzungen machen kann. Der Vortragende bespricht noch einige Eigenthümlichkeiten bei den Experimenten Munk's über die Sehsphäre und hebt hervor, dass über die Localisation der anderen Sinne nur wenig bekannt ist. Zum Schlusse constatirt Herr Exner mit Genugthuung, dass Alles jetzt zu einer gemässigten Localisation sich neigt und weist darauf hin, dass Herr Meynert der erste gemässigte Localist war der schon lange vor Hitzig eine gemässigte Localisation gelehrt hat.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. Februar 1887. Nro. 3.

Inhalt.

I. Originalien. Neurasthenie und Pathophobie. Von Prof. P. J. Kowalewsky in Charkow.

II. Original-Vereinsberichte. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Westphal: Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen. Koenig: 2 Fälle von Erkrankung der motor. Zone des Grosshirns. Otto: Demonstration von seltenen Hirnpräparaten.

III. Referate und Kritiken. Talma: Eine psychische Funktion des Rückenmarks. Buffet: Zur Lehre von den Lokalisationen im Grosshirn. Hansch: Neurogliom des Ganglion Gasseri. Westphal: Ueber einige Fälle von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln. Hopmann: Ueber die primären Myopathien. Squire: Einige Fälle von lokaler Taubheit der Extremitäten. Devis: Beitrag zum Studium des tabischen Fusses. Jendrássik: Ueber Localisation der Reflexe. Kowalewsky: Paramyoclonus multiplex. Ulrich: Ueber Stauungspapille und Oedem des Sehnervenstammes. Buzzard: Ueber einige Formen von Lähmung in Folge pheripherischer Neuritis. Bastian: Paralyses, Cerebral, Bulbar and Spinal. A manual of diagnosis for Students and Practitioners. Fox: The Influence of the Sympathetic on Disease. Suckling: Von Einbildung abhängige Paralyse. Bourneville: Ueber die Temperatur bei den isolirten Anfällen von Epilepsie. Ball: Die krankhafte sexuelle Aufregung. Ball: Die krankhafte geschlechtliche Verirrung. Dietz: Dementia paralytica und Lues.

IV. Aus den Vereinen. I. Chatham Medic. and Surgic. Society. II. New-York Medic. Society. III. New-York Academy of Medicine. American Medical Association.

V. Tagesgeschichte.

I. Originalien.

Neurasthenie und Pathophobie.

Von Prof. P. J. KOWALEWSKY in Charkow.

Prof. Westphal[1]), der erste, welcher die Symptome der Pathophobie[2]) in Form der Agoraphobie genau beschrieben hatte, sprach die Vermuthung aus, die Agoraphobie sei nicht eine einheitliche Krankheit,

[1]) Westphal, Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrank. B. III, H. I.

[2]) Unter Pathophobie verstehe ich alle Arten pathologischer Angst, wie Agoraphobie, Claustrophobie, Oikophobie und drgl. — Verf.

sondern der Ausdruck einer allgemeinen Neurose. Für Jolly[1]) sind die Erscheinungen der pathologischen Angst nur eine Aeusserungsform der Hypochondrie. Gegen diese Auffassung sind Cordes[2]), Löwenfeld[3]) u. A. aufgetreten. In der russischen medicinischen Literatur haben ich[4]) und Troitzky[5]) die Ansicht vertreten, dass die Pathophobie nur die Manifestation einer allgemeinen Neurose, nämlich der nervösen reizbaren Schwäche oder Neurasthenie ist.

Natürlich kann die Pathophobie gleichzeitig mit Hypochondrie, Hysterie, Zwangsvorstellungen und drgl. einhergehen — und solche Combinationen werden auch nicht selten beobachtet. Aber es soll daraus nicht geschlossen werden, dass eine dieser Affectionen die Grundkrankheit bilde, aus der sich dann die Pathophobie entwickelt. Zweifellos sind alle genannten Zustände nahe verwandt und Theile eines gewissen Ganzen, deswegen combiniren sie sich so oft miteinander. Die Grundkrankheit ist, wahrscheinlich, die Neurasthenie, aus welcher, unter dem Einflusse dieser oder jener Lebensverhältnisse, sich ihre Abkömmlinge — Pathophobie, Hysterie, Zwangsvorstellungen, Anxietas praecardialis und drgl. mehr — entwickeln. Sie erscheinen gewöhnlich im späteren Lebensverlaufe, während die Neurasthenie fast schon in den Kinderjahren beginnt. Ausgesprochene Symptome genannter Zustände werden von einander durch mehr oder weniger grosse Zeiträume getrennt, und das ist eben die Ursache, warum ihr genetischer Zusammenhang bisher nicht bemerkt wurde. Doch sind Fälle eines gleichzeitigen Bestehens prägnanter Neurasthenie und ihrer Derivate nicht selten. Einen solchen interessanten Fall hat P. A. Troitzky beschrieben. Wir haben deren mehrere beobachtet und erlauben uns einen davon hier in Kürze mitzutheilen.

F. P., 32 Jahre alt, Sohn eines Geistlichen, gebürtigt aus dem Gouvernement Kursk, Schreiber, verheirathet, griechischer Religion, trat in unsere Klinik am 1. Mai 1885 ein. Der Vater litt an Kopfschmerzen und war Querulant. Die Mutter, reizbar und nervös, litt an Lungenschwindsucht, an der sie starb. Ein Bruder starb an Trunksucht, eine Schwester — an Lungenschwindsucht, eine andere Schwester war im Irrenhause. Patient war von Kindheit auf ein intellectuell gut entwickelter und aufgeweckter Knabe. Er liebte die Gesellschaft seiner Altersgenossen, hatte Sinn für Musik, lernte gut und mit Leichtigkeit, war aber nicht fleissig: alles machte er oberflächlich und in intermittirender Weise. Von den verschiedenen Fächern war es die Geschichte, die ihn ganz besonders interessirte. Im zehnten Lebensjahre fing er an die Schule zu besuchen und lernte mit befriedigendem Erfolge. Er schwärmte für Bücher, welche Reisebeschreibungen in

---

1) Jolly, Hypochondrie, Handbuch Ziemssen's.

2) Cordes, Archiv. f. Psychiatrie und Nervenkrank. B. X, H. I.

3) Löwenfeld, Ueber Platzangst und verwandte Zustände, 1882.

4) P. J. Kowalewsky, Psychiatrie, 229.

5) P. A. Troitzky, Russische Medicin, 1885, Nro. 17.

Amerika, Africa und drgl. mehr enthielten und phantasirte viel über diese Gegenstände. Dann und wann trieb Patient Onanie in mässigem Grade. Anfallsweise schwärmte er für dieses oder jenes Handwerk. Sein Enthusiasmus war aber immer von kurzer Dauer und bald kamen Apathie und Abneigung für das, was ihm zuerst so gefallen hatte. Die geistigen Functionen waren bald rege, bald verstumpften sie, das Gedächtniss schwächte sich und dem Patienten wurde es schwer ganz einfache Dinge zu begreifen. Um seine Energie zu unterstützen fing er zu trinken an. Manchmal kamen Anfälle von Schwindel oder von Schmerzen in der Wirbelsäule oder von Zittern in den Händen ohne irgend welche merkbare Ursache. Sie vergingen von selbst.

Im achtzehnten Jahre ereignete sich Folgendes. Einst als Pat. nach Hause kam, erfuhr er, dass einer seiner Lehrer gestorben sei. P. ging zu Bette und schlief ruhig ein. Nachts aber erwachte er, und eine Reihe von Fragen stellte sich vor ihn. Diese Fragen, welche einen tiefen Eindruck auf ihn machten, schienen ihm sonderbar in zweifacher Hinsicht: 1) früher existirten sie bei ihm nicht und 2) sie erschienen gegen seinen Willen und Wunsch und, so zu sagen, ohne seinen Antheil. So z. B.: der Lehrer ist gestorben — was ist aus ihm nach dem Tode geworden? Ich kann auch sterben — was wird aus mir nach dem Tode? Wir werden in der andern Welt sein, was ist aber die andere Welt? Wir sind alle von Gott, was ist aber Gott? Warum ist Gott nicht so, wie wir Menschen? u. s. w. Alle diese Fragen waren für den Kranken etwas Aussergewöhnliches und griffen ihn stark an. Sie waren für sein Bewusstsein ein fremdes, ungewünschtes überflüssiges Element. Darüber erschrak er sehr. Es wurde ihm wie er sich ausdrückte, „bang und fürchterlich zu Muthe“. Er war ausser sich. Das dauerte einen ganzen Tag. Nachdem eines Tages Patient einen Eimer voll Wasser auf sich ausgegossen hatte, bemerkte er bei sich, wie er sich ausdrückte, eine „Trennung“: die Welt existirte für ihn nicht mehr; er lebte ausserhalb der Welt; nichts war mehr für ihn vorhanden. Er begegnete Leuten, sprach mit ihnen, ging seinen Geschäften nach, niemand bemerkte an ihm etwas Besonderes — und doch fühlte er ganz präcise, dass er ausserhalb der Welt sei, dass die Welt für ihn nicht existire. Das dauerte zwei Monate. Patient reiste nach Kursk. Dort „erwachte“ er. Die Welt war jetzt wieder für ihn. Er war wieder ein lebendiger Mensch. Die „Trennung“ verschwand. Von seinem 20. bis zum 27. Lebensjahre trank P. viel. Er ist verheirathet und hat ein Töchterchen, welches im dritten Monate nach der Geburt einen eclamptischen Anfall durchmachte. Vor acht Jahren, 4—5 Tage vor dem Erscheinen seiner folgenden Krankheit, trank P. sehr viel. Am Ende dieser Periode, als er schon den Trunk aufgegeben hatte, überfiel ihn, auf der Heimkehr, eine Art von Dämmerungszustand, eine „Verdunkelung“. Er hatte Schwindel, es wurde ihm schwarz vor den Augen, die Beine zitterten, das Herz klopfte, in der Kehle war ein Gefühl von Zusammenziehen. Patient wurde genöthigt in's Haus seiner Bekannten schleunigst einzukehren. Nach einigen Minuten beruhigte er sich dort und konnte fortgehen. Sobald er

aber auf der Strasse war — wiederholte sich derselbe Anfall. Solche Anfälle hatte er vier im Verlaufe des Tages. Sie dauerten 2—3 Minuten. Einen Monat lang traten diese Anfälle alle 2—3 Tage auf. Während derselben hatte Patient starkes Angstgefühl, das nur mit den Attaquen verschwand. Einen Monat später, nachdem Pat. mit einem Herrn viel gestritten hatte, kam er auf ein Feld und es überfiel ihn plötzlich ein heftiger Anfall von „Angst vor dem Tode". Sein Herz „zog sich zusammen", dann pochte es stark, Beine und Hände zitterten, der Kopf war verdunkelt, und Pat. hatte das Gefühl von Zusammenziehen in der Kehle. Der Zustand hielt 2—4 Minuten an; dann verging er. Nach diesen Ereignissen litt P. während 4 Monaten an Anfällen von Angst vor offenen Räumen, geschlossenen Zimmern und Berührung irgend einer fremden Hand. Alle diese Erscheinungen traten nicht plötzlich auf, sondern waren von dem Kranken immer erwartet, vorausgesehen. Nach Verlauf dieser vier Monate war P. vier Jahre lang ganz gesund, hatte keine Anfälle, ging seinen Geschäften nach und lebte wie alle anderen Menschen. Der Potus wurde gänzlich aufgegeben. Dann aber bekam P. Leibschmerzen, Meteorismus, Herzklopfen, Aufregungs- und Angstanfälle. Das Angstgefühl war sehr schwach und nicht von Verdunkelung begleitet. Zur gleichen Zeit bestanden grosse Reizbarkeit beim kleinsten Geräusche, Mattigkeit, Schlaflosigkeit und paroxystische Kopfschmerzen. So ging es etwa sechs Monate lang. Nur im ersten Monate waren die Krankheitserscheinungen intensiv. Recrudescenzen gingen immer mit Verstopfung zusammen. Nichts destoweniger verschwanden die krankhaften Erscheinungen auf volle zwei Jahre. Ein drittesmal erkrankte Patient im August 1884 unter folgenden Verhältnissen. Er litt an Verstopfung und nahm ein Abführmittel zu sich. Bei beginnendem Stuhldrang bekam er plötzlich Angst, Herzklopfen, Zusammenziehen in der Kehle, Zittern im Körper und Extremitäten. Mit erfolgtem Stuhlgange schwanden diese Erscheinungen, aber von da an stellten sich sehr intensive Anfälle von Agoraphobie ein. Im September wurden die Angstanfälle heftiger und in der Abendszeit trat melancholische Verstimmung ein. Besonders verschlimmerte sich der Zustand bei schlechtem Wetter. Zugleich traten Angstanfälle auf, „wenn P. an seine Wohnung dachte". In anderen Wohnungen, bei Besuchen fühlte sich Patient wohl und es war ihm ruhig zu Muthe, aber schon beim Gedanken an die Rückkehr nach Hause empfand er Furcht und Angst. Er wurde gezwungen eine andere Wohnung zu miethen. P. hatte auch heftige Anfälle von Eifersucht in Beziehung seiner Frau. Er war der Absurdität und Grundlosigkeit dieser Eifersucht sehr wohl bewusst, und doch kehrte er immer im Laufe nach Hause, inspicirte alle Winkel sah unter das Bett um dort den Verführer zu finden! Dieser Zustand dauert bis heute an, und er bewog den Patienten ärztliche Hilfe zu suchen. Patient trinkt nicht mehr seit Beginn seiner letzten Erkrankung. An Lues hat er nie gelitten. Irgend andere Krankheiten hat er auch nicht durchgemacht.

Beim Eintritt ins Spital wurde bei P. folgendes notirt: Körperlänge 1 Meter 70,60 Ctm. Robuste Constitution. Körpergewicht 66 Kilo

753 Grm. Ernährungszustand unter dem mittleren Niveau. Kopfhaare ziemlich dicht. Schädelmaasse in Centimern: der grösste Horizontalumfang 58,5; die Sagittalcurve (von der Glabella zur Protub. occip. ext.) 30; die Interauricularcurve 35; der gerade Schädeldurchmesser 19, der quere 15; der rechte und der linke schiefe Durchmesser 18,5; der Höhendiameter 14; der Basaldurchmesser 13+14,5; der Längenbreitenindex 78,9, der Längenhöhenindex 73,9. Schädelanomalien sind nicht vorhanden. Schleimhäute blass. Beweglichkeit der Augenlider und der Augenäpfel normal. Pupillen, gleichmässig verengt, reagiren schwach auf Licht. Sehschärfe, Sehfeld, Licht- und Farbenenperception normal. Bei der kleinsten Anstrengung des Sehapparates fühlt Patient Verdunkelung in den Augen und Müdigkeit. Motilität der Gesichtsmuskeln und Hautsensibilität normal. Mund und Nasenhöhlen bieten nichts Abnormes. Die Zunge zittert etwas, ist ein wenig trocken und belegt. Uvula, Gaumen, Zähne normal. Geruch und Geschmack ebenso. Grössen- und Formverhältnisse der Ohren normal. Gehörsschärfe befriedigend. Zeitweise Ohrengeräusche und etwas Taubheit: „Die Ohren werden wie verstopft“. Halsgegend ohne Anomalien. Brust regelmässig conformirt. Herzton diffus. Herz etwas nach links vergrössert. Der erste Ton an der Spitze von einem Geräusch begleitet. Patient klagt über Herzklopfen. Puls schwach, 76. Respiration 18. Körpertemperatur 37,4°. Percussion und Auscultation ergeben ein negatives Resultat. Im Abdomen nichts Abnormes. Sphincteren des Rectum und der Blase normal. Geschlechtsfunctionen geschwächt. Conformation und Sensibilität der Wirbelsäule normal. Extremitäten gut gebaut. Muskulatur in befriedigendem Zustande. Hautsensibilität verstärkt, besonders am Rücken. Unterhautzellgewebe, Knochensystem und lymphatischer Apparat ohne Abnormitäten. Muskel- und Sehnenreflexe ausserordentlich verstärkt. Vasomotorische und pathische Reflexe auch verstärkt, aber weniger. Starkes Zittern der Hände, besonders beim Schreiben. Die Schrift, die früher sehr elegant war, ist uneben und zickzakartig, von Tintenflecken durchsetzt. Je mehr Patient sich bemüht besser zu schreiben, desto schlechter schreibt er und schliesslich fällt ihm die Feder aus der Hand heraus. Wenn die Aufmerksamkeit des Pat. abgelenkt wird — verschwindet das Zittern der Hände. Von Seite der Sinnesorgone nichts Abnormes. Vorstellungsvermögen quantitativ und qualitativ normal. Associations- und Urtheilsvermögen auch normal. Stimmung eine etwas gedrückte. Die Gemüthsdepression verstärkt sich gegen Abend bis zur Schwermuth. Gleichzeitig existiren die schon oben angeführten Angsterscheinungen.

Therapie: Douchen von 18° auf die Wirbelsäule von einer Dauer von 10 Minuten; anstrengende Muskelarbeit, eine gute, die Herzthätigkeit beruhigende Kost und ableitende Mittel. Unter dieser Behandlung beruhigte sich die nervöse Reizbarkeit, die Reflexe kehrten zur Norm zurück, der Schlaf wurde ordentlich, Euphorie stellte sich ein, die Schwermuth verschwand, dann verschwanden auch die Angstanfälle und Pat. verliess bald das Spital vollkommen gesund.

In diesem Falle sehen wir eine evidente Combination neurasthe-

nischer und pathophobischer Erscheinungen. Letztere haben sich aus den ersteren entwickelt und sind enstanden auf einem bereits neurasthenischen Boden, der dem Kranken angeboren war. Neben den pathophobischen Symptomen, hatte der Kranke auch Zwangsvorstellungen (Grübelsucht, Fragesucht), aber diese letzteren waren nur temporäre und schon lange verschwundene Erscheinungen.

Der Fall dient zur Stütze folgender Sätze:

1) Die Neurasthenie kann den gemeinsamen Boden für mannigfaltige Aeusserungen von Entartung bilden.

2) Zwangsvorstellungen und Pathophobie sind miteinander nahe verwandt und können gleichzeitig auf neurasthenischem Boden erscheinen.

3) Verschiedene Manifestationen pathologischer Angst, wie Agoraphobie, Claustrophie u. A., sind nur Aeusserungsformen einer und derselben krankhafter Furcht — der Pathophobie und können bald combinirt, bald getrennt, isolirt auftreten.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 10. Januar 1887.

63) **Westphal:** *Anatomischer Befund bei einseitigem Kniephänomen.*

Bei einem Paralytiker, welcher intra vitam linkerseits kein Kniephänomen hatte, während dasselbe rechts bis zum Tode erhalten blieb, (Pat. ging acut an einer Pflegmone zu Grunde) ergab die Untersuchung des gehärteten Rückenmarkes, nicht wie W. angenommen hatte, blos eine einseitige Degeneration, sondern eine doppelseitige, aber mit einem Unterschiede: links war die Degeneration über die von W. früher bezeichnete Zone (die äusserste Stelle der Hinterstränge, wo die Wurzeln eintreten, im Uebergangstheile des unteren Dorsaltheiles in den Lendentheil) hinübergegangen und viel intensiver. (Demonstration der betr. mikroskop. Präparate.)

Ausserdem demonstrirt Herr W. eine *einseitige Atrophie des Hypoglossuskernes.* Die Präparate stammen von einem Patienten her, der bulbäre Erscheinungen zeigte mit Atrophie der linken Zungenhälfte. Die Verbreitung im H. Kern war so, dass nur die untere Partie etwa bis zur Grenze des unteren und mittleren Drittel deutliche Atrophie zeigten.

64) **Koenig:** *2 Fälle von Erkrankung der motor. Zone des Grosshirns.*

Bei der Bearbeitung der beiden vorliegenden Fälle hatte K. 3 Fragen in's Auge gefasst, betreffs deren die Meinungen auseinandergehen und sich die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in wie weit auf Grund der klinischen und anatomischen Untersuchung etwas Klarheit in dieselben zu bringen sein könnte.

Ist bei Erkrankung der motor. Zone

1) das Ergriffensein der grauen Substanz ohne Betheiligung der weissen allein im Stande, motor. Störungen zu veranlassen,

2) eine Sensibilitätssörung nachweisbar,

3) secundäre Degeneration eine nothwendige Folge.

Beide Fälle waren auf der Abtheilung des Herrn Med.-Rath Dr. Sander in Dalldorf beobachtet worden.

Der erste Fall betraf einen 34jährigen Mann, der von Hause aus geistig und körperlich sich normal verhalten hatte, im 12. Jahre von einem Wagen auf die l. Seite des Kopfes stürzte, wobei er sich nur leicht verletzte, aber das Bewusstsein verlor. Seit dieser Zeit wurde er dement. Als ihn Vortragender zum ersten Male sah, zeigte Pat. ausser einer ziemlich grossen Demenz eine rechtsseitige Hemiparese des facialis, hypoglossus und der Extremitäten, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit dieser Seite und motor. Aphasie. Die untere Extremitäten etwas atrophisch. Leider war nicht zu eruiren, wann diese Lähmungserscheinungen aufgetreten waren. Die Demenz sowie die paret. Erscheinung nahmen allmählich zu; Pat. verblödete vollständig. Tod an Pneumonie.

Die *Section* ergab eine allgemeine Athrophie des Gehirnes, trübe Hirnhäute, sehr erweiterte Ventrikel und eine Sclerose der beiden linken Centralwindungen in ihrer ganzen Ausdehnung, des Klappdeckels und des hinteren Abschnittes der unteren Stirnwindung. Die rechte Hemisphäre wog 550 Gr., die l. 460.

Die mikroskop. Untersuchung ergab, dass in den sclerosirten Theilen die nervösen Elemente der obersten Schichten der Rinde ganz fehlten, in den unteren nur in geringer Anzahl vorhanden und sehr verändert waren. In den übrigen Windungen zeigte die Rinde überall eine hochgradige Gefässvermehrung mit krankhafter Veränderung der Gefässwände, Veränderung der Ganglienzellen, Kernvermehrung, Spinnenzellen. Die Marksubstanz überall ganz intact. Keine secundäre Degeneration.

In dem 2. Falle handelt es sich um Rindenepilepsie.

Pat. nicht belastet, stets gesund, nie *luisch*, mässiger Potator, stürzte im Juli 1877 in's Wasser, Kopfverletzung dabei in Abrede gestellt; im August traten die ersten epilept. Anfälle auf, die den gewöhnlichen Charakter hatten. Seit März 1882 Auftreten einer Aura in Gestalt von Ziehen im l. Fuss und Arm; seitdem auch partielle Zuckungen dieser Extremitäten; die Anfälle gehen stets von dem l. Fuss oder der l. Hand aus; Bewusstsein erhalten; nur einmal wurde ein solcher Anfall mit Verlust des Bewusstseins beobachtet. Ausserdem hatte Pat. Schwindelanfälle, ferner Abortivanfälle, wo er nur ein Ziehen in Fuss und Hand verspürte, Finger geriethen in Hyperextension, resp. wurden sie flectirt. Die partiellen Krämpfe griffen zuweilen auf die andere Seite über, dabei stets Verlust des Bewusstseins. Am stärksten afficirt war stets das Bein, welches auch zuerst paretisch und etwas atrophisch wurde; erst später auch Schwäche, dann Parese des Armes; facialis unversehrt. In der letzten Zeit Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit der linken Extremitäten zu constatiren, die übrigen Gefühlsqualitäten normal. Oft klagte Pat. über ein intensives Kältegefühl der kranken Seite. Keine Stauungspapille, nur leichte Erweiterung der Venen der r. Papille. Kein Erbrechen. Oft Kopf-

schmerzen, erst diffus, später in der rechten Stirnhälfte localisirt, Beklopfen dieser Gegend sehr empfindlich.

13. 5. 1886 plötzlicher Exitus, nachdem die Kopfschmerzen einige Tage lang fast unerträglich gewesen waren.

Section ergibt einen Tumor von Hühnereigrösse, der die oberen $^{2}/_{3}$ der l. vorderen Centralwindung einnimmt und diese auf das 3 fache ihrer ursprünglichen Breite vergrössert hat, nach vorne geht die Geschwulst auf den hintersten Abschnitt des Fusses der Stirnwindungen über, nach hinten überbrückt er die Centralfurche in ihrer Mitte in einer Ausdehnung von $^{1}/_{3}$ cm. Die hintere C. Windung ist durch den Druck auf den 3. Theil ihrer ursprünglichen Breite reducirt. Auf der medialen Seite der Hemisphäre erscheint der ganze Lob.paracentralis ergriffen; derselbe ist vorgewölbt. Beim Einschneiden zeigt die Geschwulst eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Höhle; der grösste Tiefendurchmesser beträgt 3 cm.

Die mikroskop. Untersuchung ergab, dass es sich um ein sehr gefässreiches Gliom handelte, welches an seinen Grenzen allmählich in die normale Hirnsubstanz überging; ferner secundäre Degeneration der entsprechenden Pyramidenbahn. Ganglien der Vorderhörner des Rückenmarkes intact.

K. betont, dass während in dem 1. Falle die Sensibilitätsstörung nicht gut auf etwas anderes als die Läsion der Centralwindung bezogen werden könne, es sich hier in Anbetracht einer so gefässreichen Geschwulst auch um Fernwirkung handeln könne, ebenso sei auch die vasomotor. Störung in dem 2. Falle zu erklären; die Atrophie des Beines sei in beiden Fällen als Inactivitätsatrophie aufzufassen.

Das Ergebniss obiger Untersuchungen berechtigt zu folgenden Schlüssen:

1) Bei Erkrankung der mot. Zone genügt das Ergriffensein der grauen Substanz allein, um Parese hervorzubringen.

2) Die Schmerzempfindlichkeit kann herabgesetzt sein.

3) Es tritt secundäre Degeneration auf. Findet man eine solche nicht, trotzdem die Zeit, welche seit Entstehung des Herdes verflossen ist, eine genügend lange war, um eine solche zu veranlassen, so kann man auf Grund der zahlreichen positiven Resultate des physiolog. Experimentes, der path.-anatomischen, Befunde sowie der Untersuchung der Leitungsbahnen an Foeten, schliessen, dass die Veränderungen zu geringfügige sind, um sie mit Hilfe unserer heutigen Tinctionsmethoden zur Anschauung bringen zu können.

In der Discussion bemerkt Herr Oppenheim, die beiden Fälle seien nicht recht geeignet für die Frage der Localisation, der erstere wegen der diffusen Encephalitis, der zweite, weil er überhaupt nicht glaube, dass man Tumoren nach dieser Richtung hin verwerthen dürfe.

Interessant sei ihm das Fehlen der Stauungspapillen in dem 2. Fall gewesen, dies entspräche seinen Erfahrungen, die er in ähnlichen Fällen gemacht habe.

Herr K. kann den Einwurf O. bezüglich des ersten Falles nicht zugeben.

Westphal betont, dass auch er Tumoren nicht geeignet halte für Localisationszwecke.

Die Hauptsache endlich, dass bei fehlendem Nachweis secundärer Degeneration die Schuld an der Insufficienz der Tinctionsmethode liegen sollen, sei doch zu gewagt. Auf den Einwurf K.'s. dass Binswanger in ähnlichen Fällen bei Hunden die Sache ebenso erklärt habe, erwidert Herr Moeli, dass Binswanger diesen Ausspruch widerrufen habe.

65) **Otto** demonstrirt eine Reihe von seltenen Hirnpräparaten. In drei Fällen handelt es sich um *Heterotopie grauer Substanz*, in einem weiteren Falle um *Hyperplasie der Hirnrinde*. Bezüglich der erstgenannten Fälle bemerkt Vortr., dass graue Substanz bekanntlich an Orten im Centralnervensystem zuweilen angetroffen wird, an denen dieselbe normaler Weise sonst nicht vorzukommen pflegt. Diese Heterotopie grauer Substanz wird am häufigsten in der Wand des Seitenventrikels neben dem Schwanzkern gefunden, weiter im Mark des Kleinhirns, seltener in den weissen Strängen des Rückenmarks.

Vortr. führt swei Fälle von *Heterotopie grauer Substanz* in der Wandung des Seitenventrikels und einen bis jetzt noch nicht beobachteten Fall von Heterotopie grauer Substanz im Pons Varoli vor. Im *ersten* Fall handelt es sich um eine 38 Jahre alte Frau mit Dementia paralytica, keine Heredität, Tod im paralytischen Anfall. Neben Meningo-Encephalitis chronica und Hydrocephalus internus fanden sich im Boden des rechten Seitenventrikels neben dem Schwanz des Schwanzkerns zwei etwa bohnengrosse graue Knötchen, von einander und vom Schwanzkern durch weisse Substanz getrennt und vom Ependym bedeckt und ein wenig in den Ventrikel hervorragend. Der *zweite* Fall betrifft eine 61 jährige Frau, welche seit vielen Jahren an Epilepsie und Demenz litt. Heredität nicht bekannt. Tod an Nierenkrebs. Es fand sich neben starker Verdickung des Schädeldaches, Trübung der Pia mater und geringem Hydrocephalus internus eine ganze Reihe von grösseren und kleineren grauen Knötchen im Boden beider Seitenventrikel und zwar links dem ganzen Schwanzkern entlang, rechts nur in seiner hinteren Hälfte. Die weissen Knötchen ragten zur Hälfte in den Ventrikel vor, einzelne lagen tief darunter in der Markmasse. Alle Knötchen waren von einander und vom Schwanzkern durch weisse Substanz geschieden. Mikroskopisch bestanden sie, wie auch im ersten Falle, aus einem Netze feinster Nervenfasern und zum Th. pigmentirten Ganglienzellen. Im *dritten* Falle handelt es sich um eine 72 Jahre alte Frau, deren hereditäre Verhältnisse nicht bekannt sind. Vor 20 Jahren im Klimakterium war sie vorübergehend geistesgestört. Zuletzt bot sie die Erscheinungen seniler Demenz. Tod an akuter Enteritis. Es bestand senile Hirnatrophie, Arteriosklerose. An der ventralen Seite der Brücke, rechterseits, lag offen zwischen den oberflächlichsten transversalen Fasern ein linsengrosses graues Knöt-

chen, mikroskopisch aus einem Netz feinster Nervenfasern und kleinen Ganglienzellen bestehend.

Der Fall von *Hyperplasie der Hirnrinde*, betrifft eine Frau von 64 Jahren mit seniler Demenz. Heredität nicht bekannt. Tod an Lungeninfarkten. (Vitium cordis, chronische Nephritis.) Es fand sich Hydrocephalus ex- und internus, Oedema cerebri. An der Oberfläche der Hirnrinde — aber auch im Gebiet des rechten Stirnlappens und an der vorderen linken Centralwindung — sind kleine etwa Halblinsengrosse graue Hervorragungen, welche mikroskopisch aus denselben Elementen, wie die übrige Rinde bestehen, jedoch numerische Verschiedenheiten und eine etwas veränderte Anordnung zeigen. Es sind an der Stelle der Hervorragungen die kleinen (Pyramiden) Ganglienzellen der äusseren Hirnrindenschicht in grösserer Zahl und etwas unregelmässig gestellt vorhanden, und es ziehen dementsprechend von diesem Bezirke mehr Nervenfasern, enger aneinanderliegend als anderswo in der Rinde, zu dem weissen Mark hin. Hierdurch entsteht ein oft schon auf Durchschnitten mikroskopisch sichtbarer weisser Streifen in der grauen Rinde im Gebiete der Hervorragungen und gibt dem Ganzen ein charakteristisches Gepräge. Das Vorkommen der eigenthümlichen Knötchen beschränkte sich auf die vorderen Hirntheile, gerade so wie in den von Simon mitgetheilten Fällen.

Diese sowie die vorher betrachteten Abweichungen im anatomischen Bau des Gehirns sind nur an der Hand der Entwicklungsgeschichte zu erklären.

Die Frage nach dem Zusammenhang von Geistesstörung oder Nervenkrankheit mit derartigen Entwicklungsstörungen ist noch eine offene.

(Eine ausführliche Bearbeitung wird anderwärts erfolgen.) (Autorenreferate.)

III. Referate und Kritiken.

66) **S. Talma** (Utrecht): Eine psychische Function des Rückenmarks. (Archiv für Physiologie von E. F. W. Pflüger 37. Bd. 11. u. 12. Heft.)

Behufs Lösung der Frage: Was für einen Antheil die Sensibilität auf die Bewegungen hat, welche das Rückenmark zum Vorschein bringt, durchschnitt T. an Fröschen die sensibelen Lendenwurzeln einer Seite, worauf er folgende Erscheinungen beobachtete:

Die Thiere liessen jedes Bestreben vermissen, die abnormen Stellungen, in welchen oft die gefühllosen Schenkel aufgesetzt wurden, sachgemäss zu corrigiren. Ebenso verhielten sie sich auch, wenn man die betr. Schenkel in eine beliebige Stellung brachte.

Nach der Decapitation unter Zurücklassung der unteren Partie des verlängerten Marks fielen ferner immer die verminderten und viel weniger zweckmässigen Bewegungen der afficirten Schenkel auf, Veränderungen, welche sich nach der Wegnahme des noch vorhandenen Theiles des Centralnervensystems noch deutlicher markirten.

Berechtigt diese Coordinationsstörung zu dem Schlusse, dass der Medulla eine Seele innewohnt, insofern man darunter eine sehr complicirte Action in den Nervenzellen versteht, wie sie allgemein in den Zellen des Gehirns angenommen wird und welche die Art und Weise der auf sensibele Reizung folgenden Bewegungen bestimmt, so erklären sich die nach der Wegnahme des Gehirns und verlängerten Marks viel geringer gewordenen Bewegungen dadurch, dass eine Anzahl von Centren in Wegfall gekommen ist, von welchen jedes durch von sehr verschiedenen centripetalen Nerven zugeführte Reize Contractionen der Muskeln veranlasst.

Auch beim Menschen kommt eine ähnliche Störung der Gefühlsnerven, welche die Nervenzellen im Rückenmark mit der Peripherie verbinden, vor. Der hieraus entstandenen sensibelen spinalen Ataxie steht die centrale spinale d. h. diejenige Bewegungsstörung gegenüber, welche ihren Grund in einem pathologischen Zustande der Nervenzellen selbst hat.

Während aus nahe liegenden Gründen bei der letzteren Form die Sehnenreflexe fehlen, bleiben dieselben bei den ersteren erhalten.

Ebenso kann bei beiden Formen das „bewusste Gefühl" der höchsten Centren im Gehirn intact bleiben, weil trotz der unterbrochenen Leitung noch verschiedene von einander getrennte sensibele Nerven in der Medulla verlaufen. Pauli (Köln).

---

67) **Ad. Buffet** (Ettelbrück): Zur Lehre von den Localisationen im Grosshirn. (Bulletin Jubilaire de la société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg Tome XIV 1886.)

Ein 64jähriger Hausirer, nicht luetisch, erblich nicht belastet, erlitt einen Schlag auf den Kopf am 28. Februar 1885 in der Gegend der unteren Hälfte des linken Seitenwandbeins. 4—5 Monate später Zuckungen im Gesicht, späterhin im Arm und Bein der rechten Seite. Im Dezember Aufnahme in die Irrenabtheilung wegen Epilepsie. Motorische Parese im unteren rechten Facialisgebiete, ferner im Gebiete des Hypoglossus. Motor. Schwäche der rechtsseitigen Extremitäten. Articulatorische und amnestische Sprachstörungen. Hemi-epileptische Krämpfe mit Aura, ausgehend von der Scheitelgegend. Die Convulsionen erfolgten stets im rechten Facialisgebiete, gingen dann auf Arm und Bein über. Während der Anfälle und nach denselben etwas psychische Umnebelung und Verwirrtheit.

Die *Section* wies an der Cortex cerebri links, vordere und hintere Centralwindung, Fuss der 3. und theilweise auch der 2. Hirnwindung, sowie den zur Insel ziehenden tractus einschliessend, einen Erweichungsherd nach. Die pia lässt sich hier nicht abziehen, ohne die Hirnoberfläche zu lädiren, ist verdickt. Die Substanz des Hirns in dem grauen und weissen Theil röthlich-orangefarben; bis in die Basis der gyri merklich derber und brüchiger. Secundäre Degeneration nicht nachzuweisen. Es handelt sich hier also um einen Fall (traumatischer) Rindenepilepsie. Die Schläge auf den Kopf haben neben einer rasch vorübergehenden Hirnerschütterung an den an's untere Ende des Sulcus Rolandi stossenden Opercularstheilen der 3. Stirn- und der beiden Cen-

tralwindungen eine Pia- resp. Gefässzerreissung, vielleicht auch eine oberflächliche Hirnquetschung verursacht. Der sich abspielende Process trug den Character einer lokalisirten Leptomeningo-Encephalitis chronica. Goldstein (Aachen).

68) **Franz Hansch:** Neurogliom des Ganglion Gasseri.
(Münch. med. Wochschrift. Nro. 40 u. 41. 1886.)

Verf. hatte Gelegenheit im patholog. Institute in München die Geschwulst des Gangl. Gasseri, welche von v. Bezold makroscopisch schon geschildert ist (Arch. f. Ohrenheilkunde 21. Bd. 4. Heft.) mikroscopisch zu untersuchen.

Der betr. Fall ist kurz folgender: Eine 40jährige Frau klagte über Hörverschlechterungen und Beschwerden im linken Ohre. Die Untersuchung zeigt rechts alte Trübungen des Trommelfells, links charakteristische Einsenkung mit Faltenbildung, in der unteren Partie gelbliche Färbung, mit deutlicher Flüssigkeitsgrenze sich von der übrigen grauen Partie des Trommelfells abscheidend. Auf beiden Seiten in den Fossae retromaxillares harte Drüsenpackete, sehr schmerzhaft. Auf der linken Gesichtshälfte und der Nase trat eine heftige Neuralgie auf, welche Tag und Nacht andauerte. Hauptsitz und Ausgangspunkt der Schmerzen wurden in die Tiefe der Nase verlegt. Schlaflosigkeit, schnelle Abmagerung. Absonderung aus Nase und Nasenrachenraum vermehrt, Sekret eitrig schleimig. Rhinoscopisch liess sich nur eine das Dach und theilweise die linke seitliche Wand des Nasenrachenraums einnehmende eitrig belegte Fläche mit rothen Wucherungen umgeben, wahrnehmen und v. Bezold machte den Schluss auf einen eitrigen Tumor an der Schädelbasis, dessen untere ulcerirte Fläche vielleicht rhinoscopisch sichtbar war. Anhaltspunkte für Lues waren nicht gegeben. Die Schmerzen steigerten sich bis zu einem excessiven Grade, trotz grosser subcutaner Morphiumdosen. In den letzten 4 Wochen nur etwas Wein und Bouillon genommen; Tod, ohne dass anderweitige Hirnerscheinungen aufgetreten waren. Die zunehmenden Schmerzen im ganzen Gebiete des Trigeminus liessen eine Geschwulst des Ganglion Gasserii vermuthen.

Nach Entfernung des Gehirns erscheint linkerseits am innersten Theil des Felsenbeins auf dessen vorderer Fläche die Dura von einer halbwallnussgrossen Geschwulst emporgehoben, dem Gangl. Gasseri in der Lage entsprechend. Ueber der Geschwulst wird vom Eintritt der Trigeminuswurzel aus die Dura mater in sagittaler Richtung gespalten. Sie haftet nur mit einzelnen Fasern an der Geschwulst. Gangl. Gasseri bis zur Grösse einer halben Wallnuss verdickt. Die Faserung lässt sich an seiner Oberfläche vom Eintritt der Wurzeln bis zu seinen drei Zweigen verfolgen. Der erste und zweite Ast befinden sich nur mehr als Stümpfe, am dritten ist noch der Eintritt in das Foramen ovale zu sehen, er ist ebenfalls bedeutend verdickt.

Die Messungen ergeben eine bedeutende Vergrösserung des Ganglions in allen Durchmessern. Ebenso erweisen sich die drei aus ihnen austretenden Aeste des N. Trigeminus sämmtlich verdickt. Mi-

kroscopisch zeigt sich, dass die Geschwulst im Allgemeinen aus 2 Hauptbestandtheilen zusammengesetzt ist, einem fasrigen und einem cellulären Theil. Man muss sie als Neurogliom deuten, zweifellos durch Zellwucherung aus dem interstitiellen Gewebe des Ganglion hervorgegangen. Züge von wohlerhaltenen, markhaltigen Nervenfasern und unverletzte Ganglienzellen sind zu sehen. Eine Degeneration der nervösen Bestandtheile des Ganglion scheint demnach nicht stattgefunden zu haben. Die zahlreichen zwischen die Nervenfasern eingestreuten Gliazellen wurden durch Druck auf die sensiblen Nerven die Ursache jener furibunden Neuralgie, die sich bei dem beständigen Wachsthum der Zellen und insbesondere bei der das Gangliom allseitig eng und fest umkleidenden Dura von Tag zu Tag an Heftigkeit steigerten. Es ist möglich, dass auch in diesem Falle, wie bei den Experimenten von Kirchner die Entstehung des linksseitigen Mittelohrleidens mit nervösen Einflüssen in ursächlichem Zusammenhang steht, indess kann auch, da der Ramus inframaxillaris unterhalb des Foramen ovale beträchtlich verdickt war, eine mechanische Compression auf den knorpligen Abschnitt der Tuba statt gehabt haben. Die katarrhalischen Erscheinungen und papillären Hypertrophien der linksseitigen Nasenrachenschleimhaut lassen sich vielleicht unter Zuhilfenahme vasomotorisch-trophischer Störungen erklären. Ein Unicum ist vorliegender Fall in sofern, als einzig und allein das Bild der intensivsten Trigeminusneuralgie ohne irgend eine Complication von Seiten des Gehirns oder der Gehirnnerven bestand. Goldstein (Aachen).

---

69) C. **Westphal** (Berlin): Ueber einige Fälle von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln. (Charité-Annal. XI. Jahrg.)

70) **Max Hopmann** (Berlin): Ueber die primären Myopathien. (Berliner Inauguraldissertation 1886.)

Die erste Beobachtung Westphal's betraf einen Fall von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln, chronischer Geistesstörung (Paranoia) mit periodischem Wechsel zwischen Depression und Exaltation. Ferner bestand Diabetes insipidus während der Perioden der Exaltation. Die Kranke ist 54 Jahre alt und starben ihr Vater und ein Bruder des Vaters ihren Angaben nach an derselben Krankheit. Die diesen, sowie den beiden folgenden Fällen anhaftenden Eigenthümlichkeiten geben wir unten bei der Vergleichung dieser Fälle mit denen anderer Autoren.

Die zweite Beobachtung ist ein Fall von progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung des Orbicularis, der Muskeln der oberen und unteren Extremitäten. Die Kranke ist eine Schwester der vorigen, 49 Jahre alt.

Die dritte Beobachtung endlich betrifft eine 23jährige Tochter der vorigen, deren Vater Potator ist. Es besteht Atrophie des Orbicularis, Betheiligung der oberen Extremitäten.

Duchenne legt ein Hauptgewicht auf die dicken und herabhängenden Lippen. Die erste und zweite der Westphal'schen

Fälle weichen entschieden in dieser Beziehung ab, denn die Lippen sind *nicht* dick und aufgeworfen und trotz bestehender Atrophie des Orbicularis ist der Mund geschlossen und die Lippen haben ein normales Volumen, dagegen war die Beschaffenheit der Lippen in Fall 3 ähnlich der von Duchenne geschilderten. Landouzy und Dejérine legen von allen Autoren das grösste Gewicht auf die bald durch eine Volumszunahme der Lippen und Herabsinken der Unterlippen bald durch Hervorstehen der Oberlippe characteristischen Deformität des Mundes (Tapirlippe), welche Erscheinung geradezu pathologisch für die kindliche Form der progressiven Muskelatrophie sein soll. Eine Erklärung für die Differenz in dem Verhalten der Lippen sucht Verf. darin, dass in den Duchenne'schen und anderen Fällen eine reichliche Fettentwicklung, eine Art Pseudohypertrophie in der Lippenmuskulatur stattgefunden hat. Die Befunde in den übrigen Gesichtsmuskeln variiren bei den verschiedenen Autoren. In Fall 2 und 3 von Westphal ist bis jetzt nur der Orbicularis oris ergriffen, im zweiten Falle die seitlichen, im dritten die mittleren Theile. In Fall I waren Orbicularis oris und palpebr. die am stärksten betheiligten Muskeln und ihrer Funktion vollständig beraubt. Ferner sollen nach Landouzy und Dejérine constant die Schulterblatt- und Oberarmmuskeln atrophisch sein und niemals soll eine Hypertrophie — weder wahre noch falsche — in irgend einem Muskel auftreten. In dem ersten der hier wiedergegebenen Fälle spielt dagegen die Hypertrophie eine grosse Rolle. Die Glutaeen haben gewaltig an Volumen zugenommen, die Oberschenkel sind hypertrophisch, der untere Theil des Deltoideus ist gleichfalls hypervoluminös, Cucullaris und Pectoralisrand stellen dicke Wülste dar. Atrophisch hingegen erscheint nur der Acromialtheil des Deltoideus und vielleicht haben die Pectorales und die Gegend des Daumenballens der rechten Hand ein vermindertes Volumen. Im zweiten Falle zeigten sich dieselben Theile des Deltoideus abgeflacht resp. hypertrophisch. Volumsabnahme bestand in den Pectorales und der Gegend des Opponens; die Contouren der einzelnen Muskeln des Oberarms waren nicht deutlich abzugrenzen. Im 3. Fall erschienen nur der obere Theil des Cucullaris dürftig und die Opponensgegend etwas flacher. Dem Erhaltensein des Kniephänomens kommt ebenfalls keine Bedeutung für die differenzielle Diagnose zu: im Fall 1 fehlte es beiderseitig, im Fall 3 einseitig. In Betreff der elektrischen Erregbarkeit stimmen diese Fälle mit den übrigen überein. Wie sonst angegeben, machten auch hier die Gesichtsmuskeln mit der Atrophie den Anfang. Der Beginn der Erkrankung reichte bis in die früheste Kindheit. Bemerkenswerth ist, dass die 3 Patientinnen jüdischer Abstammung waren, wie denn auch der Patient von Remak aus jüdischer Familie stammte. Merkwürdig ist ferner die Complication mit einer chronischen Psychose und mit Diabetes insipidus in Fall 1. Die seltene Art der Psychose — Vorstellung der Verwandlung in einen Hund (Kynanthropie) — erhält erhöhtes Interesse durch die Verknüpfung mit der circulären Form. Einzig dastehend ist aber wohl der Fall in Bezug auf das Einsetzen der Diabetes insipidus gleichzeitig mit der Periode der Exal-

tation. — Das ½ cm. breite und 1 cm. lange Muskelstückchen, welches aus dem Wulste, den der Deltoideus bei der ersten Beobachtung bildet, herausgeschnitten wurde, zeigte unter dem Mikroscope das auffallende Resultat, dass die mit guten Querstreifen versehenen sonst unveränderten Primitivbündel eine erhebliche Breitenvergrösserung aufwiesen. Es bot sich also das Bild einer wahren Hypertrophie — nicht, wie erwartet war, das einer Pseudohypertrophie. —

Hopmann gibt in seiner Dissertation eine kurze Zusammenstellung der jetzt herrschenden Ansichten über die sogenannten primären Myopathien und fügt am Schluss 5 Krankengeschichten (1 von Erb's juveniler Form, 4 von Pseudohypertrophie) aus dem Materiale Senator's bei, von denen die beiden ersten ziemlich ausführlich untersucht sind. Goldstein (Aachen).

---

71) **J. Edward Squire** (London): Some cases of lokal numbness of the extremities. (Einige Fälle von lokaler Taubheit der Extremitäten.) (The Lancet. 4. December 1886.)

So häufig die sogleich näher zu definirende Taubheit und Parese der Hände und Finger, abgesehen von der durch Kälte entstandenen beobachtet wird, so selten kommt jene Krankheitsform vor, die sich von ihr dadurch unterscheidet, dass sie während der Nacht erscheint und im Laufe des folgenden Morgens wieder verschwindet.

Dieselbe, die Folge von Krampf der Arteriolen und Blutleere dieser Theile, heisst, wenn sie einen gewissen Grad erreicht hat, Raynaud'sche Krankheit" und nach weiteren Fortschritten „symmetrische Gangrän".

Andere Aerzte haben diese Affection, da sich am Morgen beim Erwachen des Kranken die Hände und Finger neben fehlender Muskelkraft, steif, kalt, schmerzhaft, bläulich gefärbt und geschwollen erweisen, Nacht-Lähmung genannt. Derselben sind leicht erregbare Frauen und solche in der Menopause vorzugsweise unterworfen, aber auch das männliche Geschlecht bleibt davon nicht verschont.

Ueber die Bedingungen ihrer Entstehung herrschen verschiedene Ansichten. Einige Beobachter leiten diese Art von Parese von einem zu engen Caliber der Art. radial. her, während von anderen Magenbeschwerden, Menopause, Anaemie oder endlich Ueberanstrengung der Hände für das causale Moment angesehen werden.

Sechs mitgetheilte Fälle illustriren die vorstehenden Angaben.

Pauli (Köln).

---

72) **Devis**: Contribution à l'étude du pied tabétique. Th. de Paris 1886. (Beitrag zum Studium des tabischen Fusses.)

(Journ. des connaiss. médic. Nro. 49.)

Diese Gelenkaffection bei Tabes dorsalis ist im Ganzen selten, doch erlauben die bis jetzt veröffentlichten, ziemlich zahlreichen Beobachtungen eine Darstellung der Hauptzeichen dieser Erkrankung.

Der „pied tabetique" tritt immer langsam, progressiv und schlei-

chend auf und gehen zuweilen ähnliche Affectionen an den grossen Gelenken der Schulter, des Knie's, der Hüfte ihm voran. Die functionelle Störung ist Anfangs nicht auffällig und braucht gewöhnlich mehrere Monate zu ihrer Entwickelung, zuweilen aber wird sie schon nach 6—8 Wochen bemerkt. Das Bein der kranken Seite wird ungeschickt, ermüdet leicht, stolpert, Fehltritte sind häufig, wobei der Fuss nach innen gedreht wird. Später treten Gefühl von Schwere, dumpfe Schmerzen im etwas geschwollenen Fusse auf, welcher aber erst nach Verlauf von 6—8 Wochen die charakteristischen Veränderungen aufweist. Am häufigsten ist die Gelenkaffection einseitig, wenn aber bilateral, so ist die eine Seite stärker ergriffen. Am auffälligsten ist die regelmässige, gleichförmige Anschwellung der oberen Fläche des Fusses, welche „en dos d'âne" vorspringt und ohne scharfe Grenzen in die Seitentheile des Fusses verschwindet, oft aber nach oben im Bereiche der linea interarticularis tibio-tarsalis gegen die Fussbeuge hin einen deutlichen Wulst bildet, welcher nach Vulpian auch bei den anderen Gelenkaffectionen vorkommt; ein ähnlicher, wenn auch weniger deutlicher Wulst findet sich an den Metatarsophalangealgelenken; zuweilen breitet sich auch die Geschwulst über die innere und äussere Fläche des Calcaneus aus, wenn der hintere Abschnitt des Fusses ergriffen wird. Der innere Fussrand ist sehr verdickt und bietet fast immer in seiner Mitte einen beträchtlichen Vorsprung dar, welcher durch Vergrösserung des Astragaluskopfes und des ersten os cuneiforme erzeugt wird. Der hintere Abschnitt der Ferse zeigt dann ein besonderes Aussehen, er tritt als Masse, mit oder ohne Exostosen auf, welche durch die Anschwellung des Calcaneus und die ödematöse Infiltration der Seitentheile abgerundet wird; die Sohle ist flach, oft vergrössert sich auch das Metatarsophalangealgelenk des grossen Zeh's, welches, nach innen vorspringend, den Zeh nach aussen drängt. Das Fussgewölbe ist abgeflacht und kann die Sohle dabei den Boden vollständig berühren. Nimmt man einen Abdruck der Sohle, so zeigt dieser eine Verengerung in der Mitte der planta pedis, welche Féré durch eine Luxation des zweiten os cuneiforme nach oben in Folge des durch die anderen Knochen ausgeübten seitlichen Druckes erklärt. Eine andere, von Theisier beschriebene Eigenthümlichkeit des tabischen Abdruckes besteht in einem dem Abklatsch des grossen Zeh's mit dem der Plantarwölbung brückenförmigen Verbindungsstreifen während beim Abdrucke des normalen, des angeborenen Plattfusses und bei Kranken mit anderen, nicht tabischen Gelenkaffectionen die Spur des grossen Zeh's von der des Fussgewölbes durch einen leeren, mindestens 1 Ctm. breiten Zwischenraum getrennt ist. Dieser Verbindungsstreifen wird durch das Vorwiegen der Wirkung des Extensor hallucis über die des Flexors hervorgebracht, wodurch der, durch letzteren bewirkte Bogen verschwindet. Der Unterschenkel zeigt immer eine merkliche Muskelatrophie, welche sich bis auf den Oberschenkel erstrecken kann, dabei ist aber die elektrische Erregbarkeit der Muskeln vollkommen erhalten, das Oedem des Fussrückens wird durch Gehen und Stehen vermehrt und bleibt das, durch den Fingerdruck

hervorgebrachte Grübchen nicht bestehen, die etwas geröthete Haut wird bei der geringsten Bewegung violett und von zahlreichen Venen durchzogen, im Allgemeinen ist sie aber weisser und glänzender, als normal und contrastirt dadurch sehr von der des gesunden Fusses; sie ist sehr selten eccematös oder exulcerirt, immer aber infiltrirt und verhärtet. Man kann an dem Finger die Erhebung des Astragaluskopfes, des Kahnbeins, der 3 cuneiformia und des Köpfchen der entsprechenden Metatarsalknochen verfolgen, wobei man aber weder ein Zurückweichen, noch ein Vortreten der Knochen bemerkt; am inneren Rande ist der ovale Vorsprung des Kahn-Keilbeins normal; der Druck auf die Geschwulst ist vollkommen schmerzlos, abnorme Beweglichkeit, Knacken, Erguss in die Gelenkhöhle, Knochenabscesse sind nicht nachweisbar; nur A. W. Page konnte in seinem Falle, das Kahn-, das Würfel-, die 3 keilförmigen Beine und die Metatarsalknochen in allen Richtungen über einander verschieben.

Die lancinirenden Schmerzen sind im erkrankten Fusse stärker, beim Gehen wird durch Erschlaffen der Sehnen der Fuss nach innen gedreht, die Hautsensibilität bis zur Mitte des Unterschenkels abgestumpft, die lokale Temperatur des erkrankten Fusses erhöht, die Schweissabsonderung zuweilen gesteigert; die Nägel wachsen zuweilen ein, werden quergestreift, es kann sich ein Mal perforant ausbilden.

Der fertig gebildete tabische Fuss kann bei zeitweilig auftretenden congestiven und entzündlichen Schüben monatelang fortbestehen, eine Heilung mit restitutio ad integrum der befallenen Gelenke ist noch nicht beobachtet worden. Anatomisch besteht hier eine Osteo-arthritis mit Ostitis rareficans, Knochenhypertrophie, Usur und Schwund der Gelenke; die centrale Läsion besteht wahrscheinlich in einer Myelitis der Vorderhörner, die bestimmenden Ursachen sind bis jetzt noch unbekannt.

Literatur (Ref.) A. W. Page, Trans. of the intern. med. Congr. London 1881 und British med. Journ. April 1883.

Charcot et Féré, Progr. médic. Août 1883, Arch. de Neurol. 1883.

Féré, Rév. de médéc. 1884 p. 472—478 (Abbildung des kranken Fusses und der Sohlenabklatsche).

Boyer, Rév. de médéc. 1884. p. 487—492.

Hinze (St. Petersburg).

---

73) **E. Jendrássik:** Ueber Localisation der Reflexe.

(Budapest Orvosi Hetilap. 1886 Nro. 41, 42.)

Was die Verwerthung der Beobachtungen am meisten erschwert, meint Verf., ist jenem Umstande zuzuschreiben, dass die verschiedenen Reflexbewegungen nicht genügend von einander unterschieden worden sind. Er stellte daher, behufs genauerer Unterscheidung der Reflexe, drei Gruppen zusammen, die Erscheinungsart der Reflexe zur Basis nehmend. Es haben diese Gruppen nicht nur einen symptomatischen Werth, sie entsprechen auch verschiedener Localisation im centralen

Nervensystem. Die drei Gruppen sind, in leicht übersichtlicher Form, folgende:

I. Gruppe. Rückenmarks- (tiefe) Reflexe. Reflexformen: Sehnen-, Muskel-, Periost-, Knochen-, Gelenkreflexe. Gemeinsame Eigenschaften: 1. Die Auslösung geschieht von weniger empfindlichen Stellen. 2. Die Reflexbewegung ist mit keinem spezifischen Gefühl verbunden. 3. Die Auslösung geschieht durch einfachen mechanischen Reiz, durch Schlag. 4. Die Grösse der ausgelösten Bewegung hängt zwar von der Individualität ab, jedoch nicht so sehr, wie bei den Reflexen der II. Gruppe. 5. Sie sind an uns selbst ebenso auslösbar, wie an Anderen. 6. Die Latenzperiode ist hier die kürzeste. 7. Die hervorgebrachte Bewegung ist sehr einfach und entbehrt der Zweckmässigkeit. 8. Starke Muskelarbeit erhöht diese Reflexe. 9. Auch bei Gehirn-Lähmungen sind sie erhöht. 10. Verspätung ist nicht zu beobachten. 11. Psychische Einflüsse sind auf dieselben ohne Wirkung.

II. Gruppe. Gehirn-(Haut)-Reflexe. Reflexformen: Scapular-, Bauch-, Cremaster-, Scrotal-, Gluteal-, Sohlen-, Conjunctival-Reflex, Erection (?). Gemeinsame Eigenschaften: 1. Die Auslösung geschieht von gut fühlenden Stellen; besonders empfindliche, Berührung nicht gewohnte sind sehr geeignet (Kitzeln). 2. Die Auslösung ist mit einer gewissen Empfindung verbunden (Stich, Kälte, Kitzeln etc.). 3. Der Hauptzweck ist eine gewisse Empfindung zu erregen, es ist demnach eine so kurze Einwirkung wie bei der I. Gruppe nicht genügend. 4. Oft ist sanfte Berührung von viel grösserer Wirkung als derbe. Die Individualität ist von grossem Einflusse. 5. An uns selbst sind sie kaum, oder nur in sehr geringem Grade auszulösen. 6. Die Latenzperiode ist länger und nicht so constant wie bei der I. Gruppe; es hängt dies sehr von der Zeit des Fühlens ab. 7. Die hervorgebrachte Bewegung ist ziemlich einfach, ihr Hauptcharakterzug ist Flucht vor der Einwirkung. 8. Erhöhte Muskelarbeit ist von keiner steigernden Wirkung, öfter schwächt sie sie sogar. 9. Bei Gehirnlähmungen sind sie vermindert. 10. Wird verspätet empfunden, so kommt auch der Reflex verspätet zu Stande. 11. Psychische Einflüsse können sie verringern, aber auch erhöhen.

III. Gruppe. Centrum- (complicirte) Reflexe. Reflexformen: Nase (Niessen), Uvula (Erbrechen), Rachen (Schlingact), Kehlkopf (Husten), Blase (Pissen), Mastdarm (Stuhlgang), Genitalien (Ejaculation). Gemeinsame Eigenschaften. 1. Sie sind von rasch empfindenden Stellen auszulösen. 2. Die Auslösung geht mit einer gewissen specifischen Empfindung einher, und diese Empfindung spielt bei diesen Reflexformen eine viel grössere Rolle, als bei denen der II. Gruppe. 3. Das Auslösen erfordert hier den längsten Reiz. 4. Die Individualität hat grossen Einfluss. 5. Sie sind an uns selbst auch auslösbar, es gibt jedoch specifische Reize. 6. Die Latenzperiode ist hier die längste. 7. Die hervorgebrachte Bewegung ist sehr complicirt, sie ist beiderseitig und wird durch die bestimmte Nacheinanderwirkung mehrerer Muskelgruppen hervorgerufen. 8. Muskelarbeit ist von etwas beeinträchtigender Wirkung. 9. Bei Gehirnlähmungen sind sie schwächer. 10. Psychische

Zustände sind von grossem Einflusse. Die Reflexe dieser Gruppe gehören zu den vegetativen Functionen.

Da diese 3 Gruppen auch in Bezug der Reflexzeit, sehr auffallende Unterschiede zeigen, befasst sich Verf. mit diesem Gegenstande eingehender. In Anbetracht kommen hier nur die I. und II. Gruppe. Nachdem Verf. die bei den Messungen befolgten Verfahren und die gewonnenen Resultate der bisherigen Forscher einer eingehenden Kritik unterzieht, gelangt er zum Schlusse, dass die Latenzperiode des Sehnenreflexes ziemlich constant ist und dass die verschiedenen Forscher sehr verschiedene Zahlen als Resultate aufweisen. Die Ursache dieser Fehler liegt einerseits in den zu den Messungen gebrauchten mit elastischen Membranen versehenen Trommeln, deren Inertie (Trägheit) von der Elasticität und Gespanntheit der Membran abhängt, andrerseits in jenem Umstande, dass die Schwellung des Muskels die Trommel bewegen muss. Besonders der M. quadriceps ist sehr ungünstig gelegen, denn er erhebt sich sehr wenig und ausserdem wird seine Schwellung durch die dicke ihn deckende Hautschicht wesentlich beeinflusst. Ein weiterer Grund der verschiedenen Resultate liegt darin, dass die Forscher den Mittelwerth der gewonnenen Zahlen als Richtschnur nahmen. Die bisherigen Experimente beweisen, dass die Reflexzeit, die Leitungs- und Latenzperiode bei einem Individuum constant sind; was sich verändert, das liegt im Instrumente. Wie sehr die Trägheit des Instrumentes in Anbetracht zu ziehen ist, erhellt schon daraus, wenn wir bedenken, dass das Kürzerwerden des Muskels eine viel grössere Bewegung ist als dessen Anschwellung, schon aus dem Grunde, weil man die Schwellung eines Querschnittes des Muskels nicht messen kann. Das Kürzerwerden des Muskels aber können wir nicht messen, denn ohne den Muskel bloszulegen könnte man nur die hervorgebrachte Bewegung als Masstab nehmen, und die letztere erscheint doch viel später als der Anfang der Muskelaction. Bei der Aufnahme der Muskelschwellung spielen wieder die über dem Muskel befindlichen Weichtheile eine wichtige Rolle, denn dieselben müssen doch erst comprimirt werden und hiemit vergeht auch eine gewisse Zeit. Diese Zeit kann man mit den bisherigen Verfahren nicht messen; sie vergrössert also den gewonnenen Zeitwerth. Es steht *demnach nicht der Mittelwerth der Wirklichkeit am nächsten, sondern jene kleinste Zahl, welche bei Vermeiden der eben angeführten Fehler erhalten wird.*

Auch der Verf. stellte, behufs Bestimmung der Latenzperiode des Sehnenreflexes, Experimente an, und damit er den, durch die Trommeln bedingten, Fehler nicht begehe, bediente er sich bei seinen Messungen der Electricität und stellte sich zu diesem Zwecke eine eigene Experimenteinrichtung zusammen. Mittelst dieses eigenen Verfahrens machte er bei verschiedenen Personen mehrere hundert Messungen; die niedrigste Zahl, die jedoch sehr oft vorkam, war bei Gesunden 0,031—0,033 Secunden. Damit er von dieser Zahl die Latenzperiode des Muskels, sowie die durch die Instrumente verursachte Verspätung so gut als möglich abziehen könne, bestimmte er jene

Zeit, welche während der electr. Reizung und der durch dieselbe hervorgebrachte Zuckung des Musc. quadriceps verläuft. Wenn er nun die erhaltenen Zahlen von einander abzog so blieb auf die peripherische Nervenleitung und die Reflexübertragung 0,0234 Secunden; welche Zahl mit jener Mendelssohn's übereinstimmt, die er als Latenzperiode des Muskels fand. — Zwischen der Latenzperiode des pathologisch erhöhten und normalen Sehnenreflexes fand er keinen Unterschied.

In Folgendem versucht nun Verf. aus dem bisher Angeführten die allgemeine Losalisation der Reflexbewegungen zu deduciren. Die III. Reflexgruppe hebt sich besonders durch jene Eigenschaft hervor, dass sich die Reflexfunction nicht in einer Bewegung äussert, sondern, dass seine Reihe von Bewegungen immer in derselben Reihenfolge ausgelöst wird. Dieses Verhältniss erklärt sich durch jene Annahme, dass die Nervenzellen der entsprechenden Bewegungen in einer bestimmten Ordnung von einander isolirt, in der grauen Substanz des Centrums untergebracht sind. Von diesen isolirten Nervenzellen nehmen die peripherischen Nerven ihren Ursprung, welche den Reiz in derselben Reihenfolge seinem Bestimmungsorte zuführen. Diese isolirten Nervenzellengruppen bilden Centren, wie sie nur die Reflexe dieser Gruppe besitzen. Experimente an Thieren und klinische Beobachtungen an Menschen scheinen zu beweisen, dass diese Reflexcentren in der Höhe der Austrittsstellen der entsprechenden peripher. Nerven gelegen sind; ein Theil in der Medulla oblongata und ein Theil (Pissen, Stuhlgang, Coitus) im Lendentheil des Rückenmarks. Das Zustandekommen dieser Reflexe basirt auf zwei Factoren: der äussere langanhaltende Reiz erzeugt ein sich langsam verstärkendes Gefühl, das nachher bis zu einer gewissen Höhe gewachsen, selbst den Impuls dem entsprechenden Centrum gibt, und da man beim Menschen die Localisation der Empfindung in's Vorderhirn versetzen muss, so ist die Wirkung dieser Reflexgruppe von zwei Stellen des centralen Nervensystems abhängig Der Hergang der Auslösung ist folgender: durch die äussere Einwirkung werden die empfindenden Stellen des Vorderhirns gereizt, welcher Reiz bis zu einer gewissen Höhe gestiegen, plötzlich auf die entsprechenden Reflexcentren überschlägt, und hier die Bewegungen auslöst.

Um ähnliche Centren auch bei den anderen zwei Gruppen anzunehmen, haben wir keinen Grund. Diese Bewegungen sind vollständig verständlich, wenn wir annehmen, dass der Reiz im centralen Nervensystem von der sensorischen Nervenfaser geraden Weges in die motorische Nervenzelle übergeht und dort die Bewegung auslöst. Es fragt sich nur wo die Uebertragung geschieht. Der durch den peripherischen Nerv hineingelangte Reiz hat in der centralen Nervensubstanz zwei Wege, dementsprechend müssen wir auch zwei Reflexkreise annehmen. Wenn nämlich irgend ein Reiz durch die hinteren Nervenwurzeln in die graue Substanz des Rückenmarks gelangt, so scheidet sich sein Weg in zwei Richtungen: entweder er geht durch Vermittlung der grauen Substanz von den hinteren Wurzeln zu den vor-

deren über, und das ist der I. (primäre) Kreis; oder er gelangt auf dem Wege der weissen Substanz in die Gehirnrinde und bringt die motorischen Stellen in Erregung, welche letztere dann an den Pyramidenbahnen hinunter zu den Vorderhörnern und Wurzeln und schliesslich zu den Muskeln gelangt — dies ist der II. (secundäre) Reflexkreis. Nach Ansicht des Verfassers entspricht die Bahn der I. Gruppe dem primären, die der II. Gruppe dem secundären Reflexkreise.

Bei den Reflexen der I. Gruppe ist das Fühlen des Schlages nicht nothwendig, während dieses Gefühl bei der II. Gruppe eine ziemliche Rolle spielt. Die Auslösung des Reflexes geht nämlich meistens mit einem gewissen unangenehmen Gefühle einher und die entstandene Reflexbewegung steht mit diesem specifischen Gefühl im Verhältnisse. Wie nahe das Verhältniss zwischen der Empfindung und der entstandenen Reflexbewegung ist, beweist z. B. die Verspätung der Empfindung bei Tabikern, wo die Reflexbewegung bei Berührung oder Stich der Sohlen nur in dem Augenblicke erscheint, wenn der Kranke durch einen Schrei Zeichen seines Schmerzes gibt. Schliesslich stützen auch klinische Beobachtungen diese Annahme. Wird die Leitung zwischen Gehirn und Rückenmark unterbrochen, so bleiben, sogar gesteigert, nur die primären Reflexe, da der hineingelangte Reiz nur diesen Weg hat; während die secundären Reflexe, je nach der Vollkommenheit der Leitungsunterbrechung, schwächer sind oder ganz erlöschen. Es ist also leicht einzusehen, dass die Unterbrechung der sensorischen, wie der motorischen Leitung das Erlöschen des Reflexes verursachen kann. Aber es kann vorkommen, dass z. B. bei vollständiger motor. Lähmung noch geringe Reflexe (aus der II. Gruppe) vorhanden sind, in solchen Fällen jedoch ist nicht so sehr die Unterbrechung der Leitung die Ursache der totalen Lähmung, als eher die Nebenwirkung des pathologischen Processes (z. B. bei Gehirnblutung der Schok).

Moravcsik (Budapest).

---

74) **Prof. Kowalewsky** (Charkow): Paramyoclonus multiplex.
(Separatabdruck aus dem Archiv psychiatrii etc. Bd. IX. 1887.)

Diese Krankheitsform wurde von Friedreich zuerst beschrieben, seit dem sind nur einige Fälle derselben veröffentlicht. — Der Fall betrifft eine anämische schwächliche Dame, die weder lange liegen noch sitzen kann, wesshalb sie gewöhnlich mit auseinandergesetzten Beinen und vorgebeugtem Körper dasteht, zumeist in der Nähe eines Sessels oder Tisches, ohne sich auf dieselben zu stützen. In ihrer Nähe befindet sich stets eine Wärterin, die theils sie aufmuntern, theils auch Hülfe leisten muss. In der beschriebenen Position treten krampfartige Bewegungen in den Muskeln des Hinterkopfs, der oberen und unteren Extremitäten, zuweilen auch in den Rücken- und Bauchmuskeln hervor. Es tritt blitzartiges Zurückschleudern des Kopfes zu Tage; die Zuckungen sind entweder symmetrische auf beiden Körperhälften oder prävaliren auf einer Körperhälfte. Der Art nach sind die Zuckungen entweder einzelne (secousse unique. Marie) oder folgen blitzartig eine

nach der anderen, oder auch nach 2—3 Stössen folgt tetanische Zuckung von 2—3" Dauer. Die Intensität der Zuckungen varirte von Tag zu Tag und zu verschiedenen Tageszeiten; zumeist waren sie stärker bis 1 Uhr Mittags ausgesprochen. Die Intensität der Zuckungen äusserte sich auch quantitativ: an den schlechten Tagen war die Zahl der Zuckungen 140, an den guten Tagen hingegen nur 20—40 in der Minute. Die Zuckungen waren in diesem Falle ebenso wie in dem Friedreich'schen auf der rechten Körperhälfte stärker ausgeprägt. Patientin konnte kaum liegen, da die Krämpfe besonders in den Bauch-, Rücken- und Hinterkopfmuskeln stark auftraten; auch war das Sitzen unmöglich, da die Muskeln der oberen Rückenhälfte und des Hinterkopfs in Krämpfe geriethen; am bequemsten war für sie das Stehen, wobei jedoch auch die Hinterkopf- und Extremitätenmuskeln den Zuckungen oblagen. Im Schlafe sistirten die Krämpfe vollständig; willkürliche Bewegungen verursachten Verschwinden der Zuckungen sowohl in dem bewegten Körpertheile wie auch im übrigen Körper. Affekte und moralische Erschütterungen wirkten ebenfalls hemmend auf das Erscheinen der Krämpfe, womit die Krankheit im Gegensatz zu Chorea steht. — Die Kranke, die mit der obigen Affektion behaftet, ist eine 32jährige verheirathete aber kinderlose Frau. Dieselbe ist neuropathisch belastet, von ihrer Jugend an anämisch und bis zu ihrem 18. Lebensjahre litt sie an Hysterie. Ihre jetzige Krankheit entstand plötzlich in Folge heftiger Angst die sie empfunden, als sie von einem Eisenbahnunglück auf der Strecke die ihr Mann zurücklegen musste, erfahren; als sie einige ihr zugekommene Telegramme in Empfang nahm, wurde sie von Krämpfen der Rücken- und Handmuskeln befallen; sodann folgten auch Krämpfe der Hinterhaupts- und Extremitätenmuskeln. Bei der Untersuchung ist der Gesichtsausdruck besonnen und äussert manchmal Kummer, manchmal auch Freude und Zufriedenheit; im Gesichte findet man jedoch durchaus keine Zuckungen. Das Sehvermögen ist ein wenig abgeschwächt. Der 4. und 5. Brustwirbel sind bei Druck schmerzhaft. Die obengenanten Muskeln zeigen unwillkürliche Zuckungen. Die mechanische Erregbarkeit der ergriffenen Muskeln ist ein wenig gesteigert. Die vasomotorischen und tactilen Reflexe sind erhöht, die Sehnenreflexe normal, jedoch rechts etwas gesteigert. Schlaf und Appetit gut. Klagen über Schwindel, Gedächtnissschwäche, Schmerzen in den von klonischen Zuckungen ergriffenen Muskeln. Die Stimmung ist veränderlich; sie weint oft, kann jedoch auch zum Lachen gebracht werden. Der beschriebene Zustand besserte sich nach 3 Wochen bedeutend. Es wurde Galvanisation der Wirbelsäule und Sympathicus, wie auch Aetzungen der Wirbelsäule mittelst des Thermocauters angewandt, ausserdem ruhige Lage, kräftige Nahrung und beruhigende Mittel.

Auf den beschriebenen Fall wie auch die anderer Autoren sich stützend, giebt Verf. eine ausführliche Charakteristik dieser Krankheitsform. Er nennt dieselbe eine *motorische Neurose*, bestehend aus klonischen Zuckungen verschiedener Muskeln zumeist deren der Extremitäten. Die Zuckungen erscheinen gruppenweise zumeist auf symetrischen Körpertheilen, obgleich oft mit Prävaliren der einen Körper-

hälfte. Beim Gehen werden die Zuckungen geringer, hören jedoch nicht immer auf. Psychische Affekte wirkten auf sie hemmend. Das Gesicht ist gewöhnlich frei von Zuckungen. — Die anatomische Grundlage ist unbekannt; im Friedreich'schen Falle ergab die Untersuchung des Rückenmarks negativen Befund. Friedreich nahm als Ursache eine functionelle Erkrankung gewisser Partieen der Vorderhornganglienzellen an. In Betreff der Aetiologie der Krankheit galt sie für Friedreich als *Schrekneurose*; ausserdem spielt aber nach Verfasser die *hereditäre* neuropathische Anlage dabei die Hauptrolle. — Diese Krankheitsform muss unterschieden werden von Chorea St. viti, Chorea rythmée und Tic generalisée. Von ersterer unterscheidet sie sich folgendermassen: zuerst betreffen die Zuckungen bei Par. mult. den ganzen Muskel, und sind blitzartig und heftig, bei Chorea sind es langsame Muskelbewegungen, zumeist als Störung der Coordination, die Willkür hemmt die Zuckungen — bei Chorea werden sie noch stärker; bei ersterer wirkt die Gegenwart fremder Personen wie auch psychische Affecte hemmend, — bei Chorea hingegen steigernd. — Was die Chorea rythmée betrifft, so haben nach Charcot die unwillkürlichen Bewegungen einen gleichartigen Charakter, etwa eines regulären Rythmus; sie sind zumeist Kopien willkürlicher Bewegungen und machen den Eindruck coordinirter Acte; die Krankheit ist zumeist hysterischen Ursprungs. Von Tic generalisé unterscheidet Marie den Param. mult. 1. bei Tic sind die Gesichtsmuskeln immer ergriffen, nie bei P. m. 2. die Zuckungen des P. m. hören auf bei intendirten Bewegungen, was bei Tic nie der Fall ist, 3. die klonischen Zuckungen des P. m. äusseren sich als blitzartige Stösse, hingegen beim Tic sind es zweckmässige systematische Bewegungen und 4. P. m. kann künstlich durch Abkühlung, Hautstiche u. s. w. hervorgerufen und verstärkt werden, was bei Tic ohne Einfluss bleibt.

Rosenthal (Warschau).

---

75) **Ulrich** (Strassburg): Ueber Stauungspapille und Oedem des Sehnervenstammes. (Archiv für Augenheilkunde von Knapp u. Schweigger Bd. XVII., Heft 1. pg. 30. etc.)

Drei während des Lebens genau beobachtete und durch die Autopsie bestätigte Fälle von *Stauungspapille bei Tumor cerebri* geben dem Verf. Veranlassung, die schon vielfach behandelte Frage der Pathogenese der Stauungspapille wiederaufzunehmen. Die mikroskopische Untersuchug dieser Fälle hat gezeigt, dass es sich dabei um zwei von einander zu trennende Prozesse handelt, um ein *Oedem der Papille* und um ein solches des *Sehnervenstammes*; während jedoch das erstere durch die Erweiterung der venösen Gefässe und die zahlreichen Blutungen sich als zweifelloses Stauungsoedem dokumentirt, ist das letztere von wesentlichen Gewebsveränderungen nicht begleitet. Eine Erweiterung des Intervaginalraumes des nerv. opt., welche die Anhänger der sog. *Transporttheorie* (Fortpflanzung eines Hydrops des Subarachnoidealraumes des Gehirns auf diesen Zwischenscheidenraum) in den Mittelpunkt des ganzen Prozesses stellen, war nur in einem Falle vorhanden;

dagegen liess sich stets eine *Compression der vasa centralia* im Sehnervenstamme nachweisen. Demnach ist Verf. geneigt, das Entstehen der Stauungspapille in folgender Weise zu erklären: Fortgeleitet durch das im Gefolge des Hirntumor auftretende *Hirnoedem* entsteht das *Oedem des Sehnervenstammes*, das, bis zu einer gewissen Höhe gestiegen, eine *Compression der Centralgefässe* hervorruft. Die Compression der *vena* centralis findet ihren Ausdruck in dem *Stauungsoedem des Sehnervenkopfes*, die der *arteria* cent. in der regelmässig ophthalmoskopisch sichtbaren *Verengerung* der *Retinalarterien*.

Ligaturversuche des Nervus opticus die Verf. an einer Reihe von Hunden vorgenommen hat, ergaben, dass die *Ligatur* des *Sehnerven* keine Stauungspapille zur Folge hat, wohl aber eine rasch auftretende Atrophie, deren Spiegelbefund durch die hochgradige Anaemie und Trübung des Hintergrundes an das bekannte Bild der *Embolia art. centr. retinae* lebhaft erinnert. Hirschmann.

---

76) **Th. Buzzard** (London): On some forms of Paralysis form peripheral Neuritis. (Ueber einige Formen von Lähmung in Folge peripherischer Neuritis.) (London J. A. Churchill. 1886. 147 pp.)

Der durch zahlreich gediegenen Arbeiten bekannte Verfasser hat die verschiedenen Arten von peripherischer Neuritis zum Gegenstande einer kleinen Monographie gemacht, welche ihrem Ursprunge entsprechend in drei Vorlesungen eingetheilt ist.

In der ersten Vorlesung finden wir eine mehr allgemein gehaltene Uebersicht der verschiedenen Arten von lokalisirter Neuritis unter Anführung einiger typischen Fälle; demnächst eine kurze Chrakteristik einer in Deutschland weniger bekannten Form: der gichtigen Neuritis, woran sich die allgemeine Aetiologie und Symptomatologie der multiplen N. anschliesst. Interessant ist der an dieser Stelle geführte Nachweis, dass bereits Graves vor 40 Jahren eine ganz charakteristische Beschreibung der Polyneuritis in seinem grossen Werk: „Clinical Medecine" gegeben habe, welche sich auf eine im Jahre 1828 von Chomel in Paris beschriebenen und von Graves ebenfalls selbst beobachtete Epidemie dieser Krankheit gründet.

Die zweite Vorlesung enthält eine genaue Darstellung der multiplen Neuritis, wobei die alkoholische und syphilitische Form besonders berücksichtigt wird; die von Déjerine beschriebenen Fälle der sogen. „Névro-tabes périphérique" fasst B. wohl mit Recht als Alkoholneuritis auf. Der Verf. erwähnt hierbei, dass gelegentlich bei letzterer das Kniephänomen auch gesteigert sein kann, wie das ganz neuerdings auch von deutschen Autoren beobachtet worden ist.

In der dritten Vorlesung gibt der Verf eine Schilderung der selteneren Fällen von N., welche nach Typhus, Dengue, Malaria (in Verbindung mit Alkoholmissbrauch) beobachtet werden und verbreitet sich dann ausführlicher über die postdiphtheritischen Lähmungen, welche er in der Hauptsache als peripherische Neuritiden ansieht. Es folgt dann eine Erörterung über die Diagnose und Prognose der multiplen Neuritis; letztere stellt B. bezüglich der Alkoholneuritis ziemlich güns-

tig, auch in Fällen von ausgebreiteter Lähmung und weitgehender Muskelatrophie. In der Behandlung empfiehlt B. für die nicht alkoholische Formen Salicylsäure und den galvanischen Strom, natürlich immer unter Berücksichtigung der ursächlichen Momente, für welche sich besondere Indicationen ergeben.

Das kleine Buch, welches sich auf zahlreiche eigene Beobachtungen stützt und eine genaue Kenntniss der einschlägigen Literatur verräth sei der Aufmerksamkeit der Fachgenossen hiermit bestens empfohlen. Pierson (Pirna).

---

77) **Charlton Bastian** (London): Paralyses, Cerebral, Bulbar and Spinal. A manual of diagnosis for Students and Practitioners.
(London, H. K. Lewis 1887 p. 671.)

Die verschiedenen Lähmungsformen, welche von Krankheiten des Gehirns, verlängerten Markes und Rückenmarkes herrühren, sind innerhalb der letzten Jahrzehnte so eifrig und nach allen Richtungen hin bearbeitet und durchstudirt worden, dass ein Buch, welches sich mit der Zusammenfassung des auf diesem Felde gewonnenen Materials beschäftigt, wenn es von sachkundiger Hand abgefasst, willkommen sein muss. Das Bestreben des Verf. ist hauptsächlich gewesen dem Studirenden und praktischen Arzte die Diagnose der ihm vorkommenden Fälle von Lähmung zu erleichtern und ihn dadurch in den Stand zu setzen eine richtige Prognose zu stellen.

Der erste Theil des Buches beschäftigt sich auf 350 Seiten mit cerebralen Lähmungen, wobei Verf. zwei grosse Unterabtheilungen macht, nämlich pathologische Diagnose und regionale oder lokalisirende Diagnose. In der ersteren bespricht er die verschiedenen Zustände welche cerebrale Lähmungen verursachen, wie Trauma, Blutung, Thrombose und Embolie, Geschwülste, Abscesse, Entzündung, Sclerose, Aneurysmen, Cysten und angeborene pathologische Zustände, worauf er die verschiedenen klinischen Indicationen durchgeht welche auf den einen oder anderen ursächlichen Zustand hinweisen. Unter dieser Rubrik werden besonders die verschiedenen Arten des Coma abgehandelt, welche Verf. in primäre und secundäre Comata unterscheidet. Zu den ersteren rechnet er das in Folge von äusserer Verletzung, von alkoholischer Intoxication, narkotischer Vergiftung, Sonnenstich u. s. w. auftretenden comatösen Zustände, während er zu den secundären das epileptische und urämische, diabetische, und das in Folge von Meningitis, Geschwülsten, Abscessen, acuter Leberatrophie und Hyperpyrexie auftrende Coma abmacht; der Abschnitt endigt mit Bemerkungen über pathologische Diagnose nach oder in Abwesenheit eines apoplektischen Stadiums. In der folgenden Abtheitung über lokalisirende Diagnose wird zuerst der Werth specieller mit der Lähmung associirter Symptome discutirt, also besonders Convulsionen, Delirium, conjugirte Abweichung der Augen und des Kopfes, Störungen der Sprache und Intelligenz, Controlle über die Sphincteren, Schling-

beschwerden, Kopfschmerz und Erbrechen, Neuritis und Atrophie des Sehnerven, Hemiopia und Diplopia, Lähmung der Kopfnerven, Hemianästhesie, Zustand der Reflexe, trophische Veränderungen u. s. w. Darauf folgt nun wieder ein Kapitel über klinische Indicationen, welche auf Diagnose von Krankheit in einer oder der anderen Gegend des Gehirns hinweisen, und werden dabei die corticalen, basalen und die in dem Territorium der Vertebral- und Basilararterien stattfindenden Lähmungen abgehandelt. In ähnlicher logischer Weise werden die Krankheiten des verlängerten und Rückenmarkes analysirt, und ist ein besonderes Kapitel den Lähmungen der Kopfnerven gewidmet. Während sich in Bastians Buche keine besondere neuere Entdeckungen verzeichnet finden, ist doch der ganze Gegenstand in orgineller und zum Nachdenken anregender Weise behandelt, und hat man überall den Eindruck, dass Verf. seinen Gegenstand vollkommen beherrscht und die Arbeiten anderer Beobachter mit nüchterner Kritik verfolgt hat. Wir betrachten das Werk daher als eine entschiedene Bereicherung der neurologischen Literatur, und empfehlen es den Fachgenossen zur Lektüre. Althaus (London).

---

78) **Edward Long Fox:** The Influence of the Sympathetic on Disease. (London, Smith Elder and Co. 1887 p. 565.)

In diesem sehr schön ausgestatteten Werke hat der als feingebildeter Arzt wohlbekannte Verf. diejenigen anatomischen, physiologischen und pathologischen Thatsachen zusammengestellt, welche über das sympathische Nervensystem und dessen Einfluss im gesunden und kranken Organismus bekannt sind. Die Anatomie und Physiologie wird auf 131 Seiten abgehandelt, so dass der grösste Theil des Werkes sich mit pathologischen und klinischen Fragen beschäftigt. Während sich wesentlich neue oder originelle Beobachtungen oder Auffassungen nicht in diesem Buche finden, ist es doch als eine sehr tüchtige Bearbeitung dieses schwierigen Gegenstandes von competenter Hand den Neurologen und Praktikern zu empfehlen. Eine Anzahl gut ausgeführter Abbildungen erleichtert das Verständniss des Textes.

Althaus (London).

---

79) **C. W. Suckling** (London): Paralysis depending upon idea. (Von Einbildung abhängige Paralyse.) (The Lancet. 18. September 1886.)

Aus einem vorausgegangenen Trauma leichteren Grades entwickelt sich diese dynamische oder psychische Motilitätsstörung bald bei neurasthenischen bald bei hysterischen Individuen.

Im ersteren Falle tritt wie 4 mitgetheilte Beispiele darthun, Heilung sofort ein, sobald als es gelingt, auf den mentalen Zustand in der Weise einzuwirken, dass der Kranke die Ueberzeugung von der Beseitigung seines Leidens gewinnt.

Nicht so im zweiten Falle, insofern sich daselbe nur schwer bekämpfen lässt und häufig recidivirt. Pauli (Köln).

---

80) **Bourneville** (Paris): De la température dans les accés isolés d'épilepsie. (Ueber die Temperatur bei den isolirten Anfällen von Epilepsie.) (Le Progrès méd. Nro. 48 und 49 1886.)

Im Jahre 1870 hatte B. bereits nachgewiesen, dass der epileptische Anfall regelmässig mit einer Steigerung der Temperatur verbunden sei. Neuerdings hat jedoch Witkowski (Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 43 und 44 1886 ref. in Nro. 23 1886) gegen diese Annahme auf Grund eigner Beobachtungen Widerspruch erhoben. In Folge dessen sah B. sich veranlasst, diesen Gegenstand noch einmal aufzunehmen und eingehend zu prüfen. Er führt nun wiederum 60 neue Fälle an, die beweisen, dass die isolirten Anfälle von Epilepsie die centrale Temperatur erhöhen und dass diese Erhöhung zwischen 0,1 und 1,4° schwankt; im Mittel beträgt sie 0,5—0,6°.

Rabow (Berlin).

---

81) **Ball**: (Paris): L'exitation sexuelle morbide. (Die krankhafte sexuelle Aufregung.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 133.) Vortr.

Formen dieser Psychopathia sexualis.

1. Der abnorm aufgeregte Geschlechtstrieb, der sich bis zur Aphrodisie steigern kann, bildet eine häufige Begleiterscheinung gewisser psychischer Störungen und damit verwandter Zustände.

Namentlich ist es der Alcoholismus, dem nicht selten diese Form von Psychose ihre Entstehung verdankt.

2. Es giebt Individuen, der Mehrzahl nach Greise und Paralytiker, bei welchen die Sinne schweigen und nur der Wille spricht und welche sich in der Erzählung libidinöser Geschichten ganz besonders gefallen.

Hierher gehört auch die von Lasèque zuerst hervorgehobene Willens-Verirrung junger Leute, welche darin besteht, dass dieselben ein Vergnügen daran finden, öffentlich ihre Genitalien zu zeigen.

3. Derjenige Krankheitszustand, welchen wir bei Frauen Nymphomanie nennen, heisst bei Männern Satyriasis.

Erstere, entweder peripheren oder centralen Ursprungs, erscheint in letzterem Falle bald nach der Pubertät oder bald nach der Verheirathung, gibt sich, abgesehen von den erotischen Neigungen, durch behinderte Respiration, Praecordialangst und Herzpalpitationen zu erkennen und führt nach Verlauf von wenigen Tagen entweder zu Exitus letalis oder zu Demenz.

Was Satyriasis anlangt, so weist ein von Chauffard mitgetheilter derartiger Fall, der durch den Schlag mit einem Stocke auf den Kopf entstanden war, darauf hin, dass diese Affection sowohl wie Nymphomanie, wenn centralen Ursprungs, ihren Ausgangspunkt in den Bulbus hat.

Pauli (Köln).

---

82) **Ball** (Paris): L'érotomanie. (Die Erotomanie.) La perversion sexuelle morbide. (Die krankhafte geschlechtliche Verirrung.)

(Gaz. des Hôp. 1886, Nro. 131 und 136.)

Die Folie érotique, eine fixe Wahnvorstellung, erscheint in der Regel bald nach Eintritt der Pubertät und äussert sich in der Weise, dass, während, wie Griesinger sagt, die weibliche Kranke imaginäre Liebesabentheuer mit Fürsten und Königen spielt, dasselbe der männliche mit ebensolchen Personen weiblichen Geschlechts thut.

Sonst frei von jeder anderweitigen psychischen Störung, eine etwas verminderte Intelligenz ausgenommen, kann dieses auf erblicher Belastung beruhende partielle Delirium, das fast durchweg seinen Ausgang in Demenz nimmt, in foro zum Gegenstand der Controverse werden, ob dieser Exaltationszustand oder ob nur Liebe, dieses so starke Motiv des menschlichen Handelns, in Frage kommt.

Hieran schliessen sich noch zwei andere Formen von sexueller Psychopathie.

Bei der ersteren scheint das Individuum kein anderes Verlangen zu haben als das, den Gegenstand seiner leidenschaftlichen Liebe zu quälen, zu verstümmeln oder zu tödten.

Bei der zweiten Form werden die Kranken (nécrophiles) von der unbegreiflichen Neigung beherrscht, die Gräber zu öffnen und die darin befindlichen weiblichen Leichen in unerhörter Weise zu schänden.

Von den vorstehenden Monomanien unterscheidet sich die Paederastie dadurch, dass hier immer nur von einem Individuum am anderen gleichen Geschlechts Unzucht getrieben wird.

Bald angeboren bald erworben, resultirt sie im ersten Falle aus einer primordialen Hirnstörung, während sie im zweiten Ausschweifungen, Alcoholismus, Altersblödsinn, Affectionen des uropoetischen Apparats, besonders Cystitis, ihre Entstehung verdankt.

Pauli (Köln).

---

83) **Dietz** (Leipzig): Dementia paralytica und Lues.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43. Heft 3 1886.)

Der Statistik des Verf.'s liegen 88 Fälle von typischer Paralyse, die innerhalb 2 Jahre auf der Leipziger Klinik zur Beobachtung gekommen waren, zu Grunde. Davon waren 54 zweifellos früher syphilitisch (61,4%). Rechnet man 9 verdächtige Fälle dazu, so bekommt man 71,6%. Von den 59 sicheren Fällen waren in 36 Secundär- resp. Tertiärerscheinungen, in einem nur residuale Hautnarben vorhanden. In 17 anamnestisch sicher constatirten Fällen waren keine Secundärerscheinungen nachweisbar, in 3 davon aber hatten wiederholt Aborte der Frau stattgefunden. Von diesen 17 Fällen war in 12 früher eine antisiphilitische Behandlung vorgenommen worden. Die Zeit zwischen der Infection und dem Auftreten der paralytischen Erscheinungen war sehr verschieden.

Im Ganzen in 20 Fällen 1—10 J., in 17 Fällen 10—20 J., in 2 Fällen über 20 Jahre.

Von den 19 Fällen, in denen die Zeit zwischen Infection und Paralyse mehr als 10 Jahre beträgt, hatte in 12 vor Jahren eine specifische Behandlung stattgefunden, in 5 der 19 Fälle, von denen 4 specifisch, 1 nicht behandelt wurde, waren angeblich nie Secundärerscheinungen aufgetreten.

Was die übrigen ätiologisch in Betracht kommenden Schädlichkeiten betrifft, so finden sich: Alcohol in 25 Fällen = 28,9%. Blei in 1, Cyankali? in 1, Tuberculose in 1, Erblichkeit in 10 = 11,4%, psychische Einflüsse in 12 = 14%, mechanische in 4 = 4,5% Insolation? in 1.

Rechnet man unter den 88 nur die Fälle, in denen Lues allein verantwortlich gemacht werden kann, so ergäben sich immer noch 39 = 44,6% gegenüber nur 5,7% Alcohol, 3,4% psych. Einflüssen, 2,3% mechan. Einflüssen.

Von Interesse ist weiterhin die Zusammenstellung der verschiedenen Berufsklassen hinsichtlich des Einflusses der Syphilis, des Alcohols etc. Da finden sich unter 29 Kaufleuten etc. 22 mit Lues. Der Kaufmannstand ist hier somit am stärksten, sowohl in Bezug auf Paralyse wie Lues, belastet. Die Meisten hatten sich in früheren Jahren als Handlungsreisende etc. inficirt, nur bei 3 waren aufregende geschäftliche Combinationen kurz vor Ausbruch der Paralyse hinzugekommen nur bei 7 war Abusus spirit. nachweisbar. Eine zweite Gruppe, die Kellner, Weinreisende und Bierbrauer umfasst, 4 an der Zahl, weisst ebensoviele Alcoholisten auf, einen zugleich mit Lues. Die 4 mechanischen Einflüsse betreffen einen Schmied, einen Maurer, einen Locomotivführer und einen Handarbeiter, bei denen, theilweise wiederholt, eine Gehirnerschütteruug stattgefunden hatte. Diesen reiht sich ein Eisengiesser an, der, zugleich luetisch, lange Zeit steter Hitzewirkung ausgesetzt war. Es befinden sich ferner unter den Kranken 1 Schriftsetzer mit chronischer Beivergiftung, 1 Kaufmann mit Tuberkulose, 1 Fabrikarbeiter, der viel mit Cyankali zu thun gehabt hatte. 3 Postbeamte, bei denen nur der angestrengte Dienst als ursächliches Moment beschuldigt werden konnte.

Unter den 88 Kranken befinden sich 18 Tabiker, von denen 14 luetisch waren!

Eine bestimmte luetische Form der klinischen Paralyse hat sich auch aus den hier in Betracht kommenden Beobachtungen nicht feststellen lassen.

Die Behandlung war eine antiluetische, das Resultat folgendes: Von den 18 Paralytikern zeigten 7 vollständige Remission zur Norm die bis jetzt anhält (längste Beobachtungszeit 15 Monate). Alle 7 waren Luetiker, 5 wurden mit Schmierkur (in der Regel bis 90 gramm, eventuell wiederholt, öfter nur bis 50 gr.) und Jodkali (so lange wie möglich) behandelt, 2 nur mit Jodkali. Die Zeit zwischen luetischer

Infection und Ausbruch der Paralyse war in einem Fall 23 Jahre, in dem anderen 6—13 Jahre. Von den 7 waren 6 zur Zeit der Infection specifisch behandelt worden.

Vollständige Intermission war in 9 Fällen erreicht mit Dauer von 1, $^3/_4$ J., 4, 6, 5, 7, 8, 6 und $8^1/_2$ Monaten.

Alle waren früher luetisch, ausser einem, bei dem sich nichts nachweisen liess, der aber ebenfalls antiluetisch behandelt wurde. Die Zeit zwischen Infection und Beginn der Paralyse war in 2 Fällen 1 Jahr, in den übrigen 8, 9, 14 und 16 J.

Unvollständige Remission, (nicht bis zur Norm) war in 10 Fällen zu constatiren, von denen 3 Alcoholiker, 7 luetisch waren und specifisch behandelt wurden.

Kron (Berlin).

IV. Aus den Vereinen.

I. Chatham Medic. and Surgic. Society.

Sitzung vom 2. April 1886. (The Americ. Lancet, Juni 1886.)

84) **Holmes:** *Multiple Neuritis.* Eine 36 jährige Frau verlor die Fähigkeit, zuerst am linken Fusse, dann am ganzen linken Beine, in welchem zugleich zeitweise Muskelzuckungen auftraten, Wärme und Kälte zu fühlen; zwei Jahre später stellte sich heftiger, monatelang anhaltender Sacralschmerz ein, dem nach 1 Jahre Verlust der Wärme und Kälteempfindung im rechten Arm und rechter Schulter folgte; zugleich traten in diesen Theilen brennende und stechende Emfindungen sowie leichte Parese ein, während Schmerz und Tastempfindung normal blieb. Verf. diagnosticirte multiple Neuritis und heilte Patientin innerhalb 2 Monate durch 16 malige Anwendung des Paquelin auf Arm und rechte Seite der Wirbelsäule. Voigt (Oeynhausen).

II. New-York Medic. Society.

Sitzung vom 28. März 1886. (The Medic. Rec. 17. April 1886.)

85) **J. Boldt:** *Tubercular Meningitis.* — Ein 5 Monate altes Kind, welches abgesehen von einem schnell heilenden Eccem hinter den Ohren stets gesund schien, erkrankte unter den Symptomen eines Bronchialcatharrhs, wurde jedoch bald schläfrig, hatte mehrfache Anfälle von Erbrechen, (und etwas Diarrhö) und starb, ohne dass die Temperatur jemals mehr als 1 Grad über die normale gestiegen war. Sectionsbefund: Pia blutreich, frei von Tuberkeln, die Seitenventrikel durch seröse Flüssigkeit ausgedehnt, ihre Wände sowie die ganze Mittelpartie des Gehirns weich; an der Hirnbasis und in der Fissur. Sylvii, Tuberkel, in den Lungen gleichfalls einige wenige, Bronchial- und Mesenterialdrüsen etwas vergrössert, sonst alle Organe gesund.

Voigt (Oeynhausen).

III. New-York Academy of Medicine.

Sitzung vom 12. April 1886. (The medic. Rec. 1. Mai 1886.)

86) **J. Boldt:** *Cardiac neuroses with ovarian and uterine diseases.* (Herzneurosen und Uterin-Erkrankungen). Nach B.'s Beobachtungen waren reflectorische Herzneurosen in ungefähr 8 Proz. der Fälle von Erkrankungen des Uterus und der Ovarien vorhanden und zwar waren die häufigsten Neurosen — der Reihe nach — Palpitationen, unregelmässiger Rythmus, intermittirender oder fehlender Herzschlag und Angina pectoris. Dieselben unterscheiden sich in Nichts von den durch andere Erkrankungen hervorgebrachten und wurden durch Behandlung der betreffenden Unterleibs-Erkrankungen gebessert.

In der Diskussion bemerkt Grandin, dass derartige Neurosen viel häufiger durch Erkrankungen des Magens und Darm's, als durch solche der Genitalorgane hervorgerufen würden.

Sitzung vom 12. April 1886. (The Medic. Record. 1. Mai 1886.)

87) **Morris**: *Injury of the vertebral and spinal cord, with an account of exploratori operation.* (Verletzung der Wirbel und des Rückenmarks', mit einem Bericht über eine Explorations-Operation.)

Ein 27jähriger Mann fiel auf den Kopf und bot unmittelbar darauf die Symptome der Paraplegia, während die intellectuellen Fähigkeiten erhalten waren. Die Diagnose lautete auf Fractur des 6. Halswirbelkörpers und Quetschung der medulla. M. wollte die vermuthlich lädirte Stelle der medulla herausschneiden und die getrennten Enden wieder zusammennähen. Nach Bloslegung der medulla zeigten sich die Rückenmarkssäule zu einer dichten, festen Masse vereinigt, das Rückenmark platt, „nicht dicker als ein Bogen Schreibpapier", darin einige gesund aussehende nach unten ziehende Nervenfasern, seine untere Parthie stark atrophirt. Hiernach musste die ursprüngliche Absicht als unnütz aufgegeben werden; die Wunde wurde geschlossen und heilte per primam ohne weitere Nachtheile für den Kranken.

Voigt (Oeynhausen).

American Medical Association.

37. Jahresversammlung am 4.—7. Mai 1886 in St. Louis, Section on practice of medicine.

(The Medic. Record. 8. Mai 1886.)

88) **Philipp Zenner**: (Cincinnati): *Value of the Knee phenomenon in the diagnosis of diseases of the nervous system.* (Werth des Kniephänomens in der Diagnose von Nervenerkrankungen.

Z. bespricht die diagnostische Bedeutung des fehlenden Patellarreflexes, namentlich in Hinsicht auf die Tabes, lobt die von Jendrassik für zweifelhafte Fälle angegebene Methode diesen Reflex zu prüfen (der Kranke sitzt auf dem Tische mit herabhängenden Beinen und zieht, während die Sehne beklopft wird, die in einander gefal-

teten Hände mit aller Kraft auseinander: der so allseitig vermehrte Muskeltonus erleichtert das Auftreten des Reflexes) und berichtet über 2106 Fälle, in denen er die Patellarreflexe untersucht. Sie betrafen meist erwachsene, männliche Personen, von denen 1174 in verschiedenen Irrenanstalten, 106 in Krankenhäusern, die meisten vorher gesund waren. Das Kniephänomen fehlt bei 28 der beiden letzten Klassen angehörenden Personen, von denen 5 an vollentwickelter, 12 an beginnender Tabes litten, während die andern 11 keinerlei Symptome von Rückenmarkserkrankung zeigten. Unter den 28 Fällen, in denen bei den Geisteskranken das Kniephänomen fehlte, gehörten 10 der allgemeinen Paralyse an. Ausserdem erwähnt Verf., dass sich unter 4000 Geisteskranken, darunter 58% mit allgemeiner Paralyse, 492 mal reflectorische Pupillenstarre fand. Voigt (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Aus Hamburg. Ein hiesiger Arzt hatte einen an Nervosität leidenden Patienten nicht weniger als 445 Mal galvanisirt, ohne den gewünschten Erfolg zu erzielen. Der Arzt beanspruchte für jeden Fall 5 M. Honorar, also 2225 M. Dies war dem Patienten, einem Kaufmann, zu viel. Das Landgericht entschied nach einem Gutachten des Medizinal-Collegiums, dass jedenfalls nach 50 Sitzungen der Arzt den Kranken hätte fragen sollen, ob die zweifelhafte Kur fortgesetzt werden solle. Das Reichsgericht war jedoch anderer Ansicht, nämlich, dass es Sache des Patienten gewesen wäre, die Fortsetzung der Galvanisirung bei seinem Arzte abzubestellen, und fand die Höhe der Rechnung in *Ordnung*.

Aus Berlin. Herr Dr. Jensen, Director der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf tritt mit dem ersten April d. J. in Ruhestand.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. Februar 1887. Nro. 4.

Inhalt.

I. Originalien. Ein Fall von doppelseitiger Ophthalmoplegie mit atactischen Erscheinungen und einseitiger Parese der Kaumuskulatur. Von Dr. Ziem in Danzig.

II. Original-Vereinsberichte. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. **Kétli:** Ueber Ophthalmoplegia progressiva. **Schwarz:** Ueber Ophthalmoplegia externa und interna.

III. Referate und Kritiken. **Anfimoff:** Ueber die Veränderungen im centralen Nervensysteme der Thiere bei Lakiren der Haut. **Danilewski:** Ueber künstliches nervöses Asthma bei Fröschen. **Audry:** Die Tumoren des Plexus chorioidei. **Swasey:** Embolie der Medulla. **Peabody:** Sarcom in dem Kleinhirn des Kindes einer sarcomatösen Mutter. **Purjess:** Von der Sclerosis lateralis amyotrophica. **Althaus:** Einige Erscheinungen cerebraler Syphilis **Fischer:** Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. **Pasternatzky:** Ueber die Ungleichheit der Pupillen bei inneren Krankheiten. **Wiglesworth:** Periphere Neuritis bei symmetrischer Gangrän. **Ross:** Periphere Neuritis. **Buzzard:** Ueber einige Punkte in der Pathologie der multiplen Neuritis. **Helbing:** Zur Behandlung des Spasmus glottidis phonatorius. **Delmis:** Cocainum hydrobromatum. **Larger:** Neue Argumente für die Aetiologie des Tetanus. **Lagrange:** Therapeutischer Werth der Nervendehnung. **Sawatzky:** Ueber Heilung der Dipsomanie mit Strychnin. **Oebbecke:** Vergleichende Uebersicht der Classification der Psychosen. **Laehr:** Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplin in allen Ländern. **Bristowe:** Vortrag über die frühzeitige Erkennung der Allgemeinen Paralyse der Irren und über die Beziehungen zwischen dieser Krankheit, Tabes dorsalis und disseminirter Sclerosis. **Wood:** Die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose in Fällen allgemeiner Paralyse.

IV. Aus den Vereinen. I. Verein der Aerzte in Steiermark. II. Pathological Society of London. III. Medical Society of London. IV. Nottingham Medic. Chirurgical Society. V. Medical Society of the country of New-York. VI. Mississippi Valley Medical Society.

I. Originalien.

Ein Fall von doppelseitiger Ophthalmoplegie mit atactischen Erscheinungen und einseitiger Parese der Kaumuskulatur.

Von Dr. ZIEM in Danzig.*)

Am 6. XII. 86 consultirte mich auf Veranlassung des Herrn Collegen Dr. Kresin der 38 jährige, kräftig gebaute und im übrigen

*) Nach einem im hiesigen ärztlichen Verein am 9. XII. 1886 gehaltenen und mit Demonstration des Kranken verbundenen Vortrage.

blühend aussehende Arbeiter M. von hier wegen eines vor Kurzem entstandenen Augenleidens. Sofort bei seinem Hereintreten in das Zimmer fällt sein starkes Schwanken und mangelhaftes Orientirungsvermögen auf. So läuft er gegen den Thürpfosten an und wirft einen kleinen seitwärts stehenden Tisch um, wie er auch später am Ende der Untersuchung die Thüre durch welche er hereingekommen, nur mit Mühe wiederzufinden vermag, Alles natürlich ohne im Mindesten angetrunken zu sein. Auch muss er auf der Strasse von der ihn begleitenden Ehefrau öfters angefasst und unterstützt werden. Die in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Kresin einige Tage später vorgenommene genauere Untersuchung ergab Folgendes:

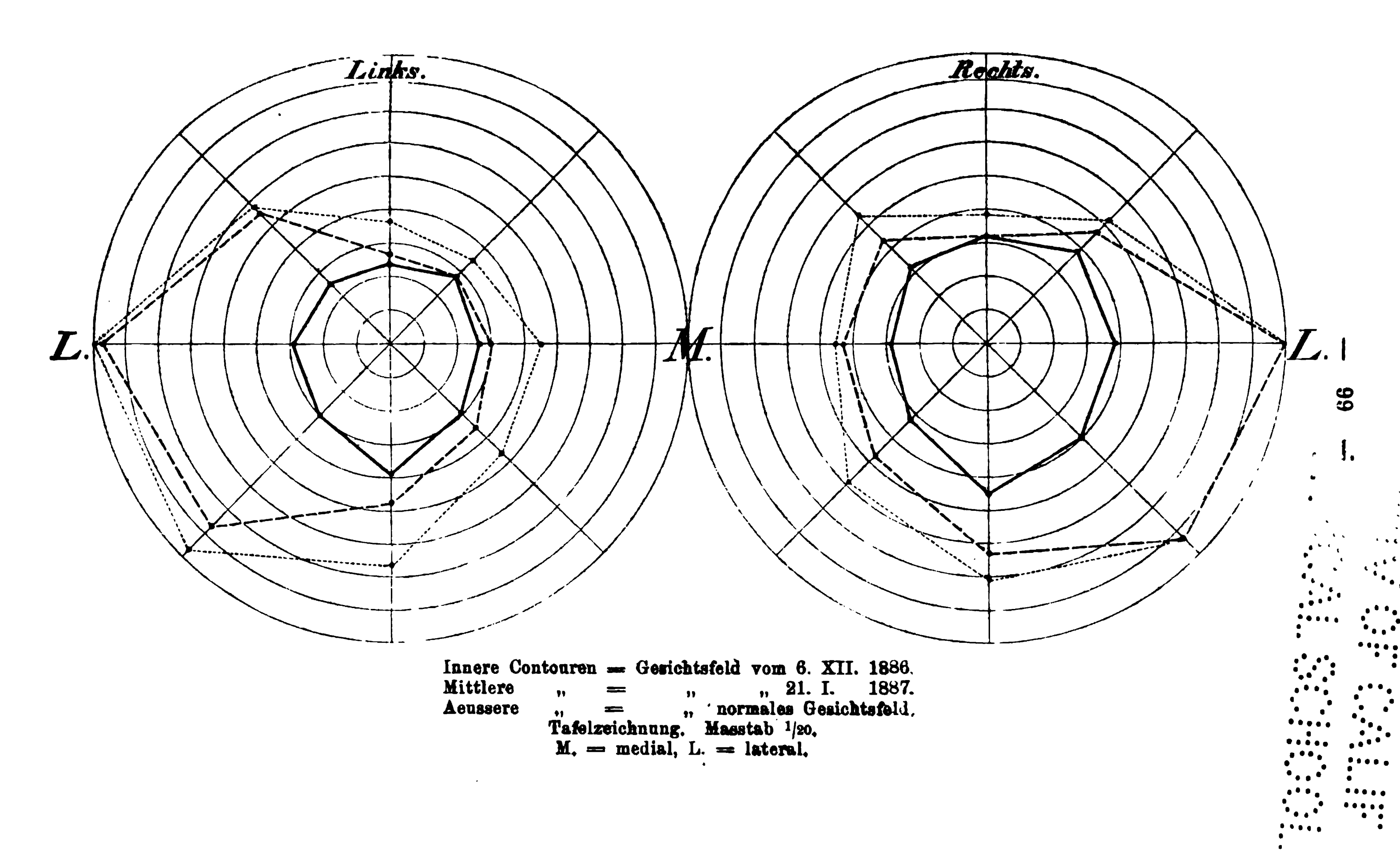
Das rechte Augenlid ist vollkommen herabgesunken und kann nur durch Contraction des Frontalis ein wenig gehoben werden. Das rechte Auge steht nach Aussen und Abwärts und kann nach Oben hin gar nicht, nach Innen nur bis nahe zur Mittellinie, aber nicht über dieselbe hinaus bewegt werden; bei dem Versuche, nach Abwärts zu blicken, tritt die durch die Wirkung des Trochlearis vermittelte Einwärtsrollung des oberen Poles des verticalen Meridians sehr deutlich hervor. Exophthalmus besteht nicht. Pupille stark erweitert, ohne jede Reaction. Mit + 1,0 sph. beträgt die Sehschärfe $^{8}/_{36}$ der normalen, mit + 6,0 wird Nro. 3 der Nieden'schen Schriftproben von 14—21 Cent. gelesen, was einer Accommodationsbreite von 2,5 Dioptrien entspricht.

Das linke Auge kann nach Innen, Oben und Unten frei, nach Aussen jedoch nur wenig bewegt werden: bei grösstmöglicher Abduction bleibt der äussere Rand der Cornea 3 mm. von der äusseren Lidcommissur entfernt. Pupille um ein Weniges erweitert, reagirt prompt auf Lichteinfall, accommodative und Convergenzbewegungen und erweitert sich auch bei Verdeckung des rechten Auges, um sich bei Eröffnung desselben sofort wieder zu verengern. Mit + 1,0 beträgt die Sehschärfe $^{8}/_{24}$, mit + 4,0 wird Nieden 2 von 13—33 Cent. gelesen, was ein dem Alter des Kranken annähernd entsprechendes Accommodationsvermögen von 4,5 Dioptrien ergibt.

Entsprechend der Divergenz der Augenachsen bestehen, wenn das rechte Lid erhoben wird, gekreuzte Doppelbilder, welche auf 8 Meter Abstand durch Prisma 36^{0} Basis Innen vereinigt werden. Der Höhenunterschied beider Bilder erfordert zur Ausgleichung ein Prisma von 10^{0} vor dem rechten Auge mit der Basis nach Unten.

Der centrale Farbensinn ist beiderseits normal; das Gesichtsfeld beider Augen erheblich, besonders lateralwärts eingeschränkt, wie sich aus den beigefügten Zeichnungen ergibt. Auf dem linken, dem Kranken für gewöhnlich allein zur Disposition stehenden Auge ist also die Orientirung über links von der Mittellinie gelegene Objecte in hohem Masse beeinträchtigt und wird dadurch in noch höherem Grade vermindert, dass das Auge nicht die normale Abductionsbreite besitzt.

Ophthalmoskopisch zeigt sich rechts wie links abgesehen von einem etwas blassen Farbenton der Papille, besonders der temporalen



Innere Contouren = Gesichtsfeld vom 6. XII. 1886.
Mittlere " = " " 21. I. 1887.
Aeussere " = " normales Gesichtsfeld.
Tafelzeichnung. Masstab 1/20.
M. = medial, L. = lateral.

Hälfte derselben, nichts Abnormes. Die brechenden Medien sind vollkommen klar.

Kopfschmerz ist nicht vorhanden noch vorhanden gewesen, auch durch Anschlagen des Schädels nicht hervorzurufen. Der Kranke ist ziemlich stark benommen, langsam in seiner geistigen Thätigkeit und gibt öfters verkehrte Antworten; sein Gedächtniss hat offenbar gelitten, was auch seine Ehefrau bestätigt. Er kann nur mit Mühe dazu gebracht werden, bei Aufnahme der Gesichtsfelder den Kopf ruhig zu halten und wird bei dieser Untersuchung, die sich bei seiner mangelhaften Aufmerksamkeit und bei seinem öfteren Umherblicken allerdings etwas in die Länge zieht, etwas verdriesslich. Auch bei den Sehprüfungen muss seine Aufmerksamkeit öfters angestachelt werden: so wird der Anfang von Nro. 2 der Nieden'schen Scala, welcher lautet „draussen gelegen hatten, an grossen Tauen ans Land zu ziehen" — von ihm gelesen „ . . . an grossen Tauen ans Land zu tauen"; so werden von einer Reihe gleichgrosser Ziffern in folgender Ordnung 5 9 4 6 1 0 7 . . . nur die 4 ersten richtig bezeichnet, dann aber kommen seiner Angabe nach „lauter Sechse". Ermahnt man ihn nun scharf hinzusehen, so bemerkt er und verbessert auch seinen Irrthum.

Im Bereiche der Olfactorii, deren Function für die beiden, an und für sich normal fungirenden und normal beschaffenen Nasenhälften natürlich getrennt geprüft wird, findet sich nichts Abnormes, ebenso wenig seitens der Acustici, der Glossopharyngei, der Faciales, der Hypoglossi wie auch der sensiblen Portion beider Trigemini hinsichtlich der Augen-, Nasen-, Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhaut und der Gesichtshaut. Die motorische Portion des linken Trigeminus hingegen ist nicht intact. Lässt man die Kiefer schliessen und Kaubewegungen machen, so ist die Action des Temporalis auf der linken Seite in geringerem Masse sichtbar und für die aufgelegte Hand fühlbar als rechterseits; ebenso wird bei der Mahlbewegung die linke Kieferhälfte unter der aufgelegten Hand weniger verschoben als die rechte. Dasselbe findet man, wenn man bei abgehobenen Lippen während der Mahlbewegung die Verschiebung der Zähne mit dem Auge beobachtet: auf der linken Seite findet diese Bewegung offenbar mit geringerer Kraft statt als rechterseits, obwohl die Bedingungen für das Zustandekommen derselben dort, bei dem Mangel einer Zahnlücke, günstigere sind als hier. Noch auffallender ist die folgende Erscheinung. Führt man während der Mund geöffnet wird, in den äussern Gehörgang jederseits einen Finger ein, so findet rechterseits ein sehr deutliches Vorrücken der proc. articul. des Unterkiefers statt, während links eine derartige Bewegung nur in abgeschwächtem Masse wahrzunehmen ist. Bei weiter Eröffnung des Mundes weicht der Unterkiefer um ein Bedeutendes nach Links hin ab. Genauer als dies an und für sich für den Augenschein möglich ist, wird der Grad dieser Deviation dahin festgestellt, dass die durch eine sagital verlaufende Furche deutlich markirte Mitte der Unterlippe, welche bei geschlossenem Munde von einer durch die Mitte der Stirn- und der Nasenspitze nach Abwärts gerichteten und durch einen straff angezogenen Faden bezeichneten Linie genau getroffen wird, bei Er-

öffnung des Mundes um 9 (!) Mm. nach Links von diesem Faden zu liegen kommt. Der horizontale Abstand von der Mitte der Lippe bis zu dem Faden wurde mittelst eines sogen. Knopfmasses genau bestimmt und das Resultat zu wiederholten Malen und an verschiedenen Tagen controlirt. Eine Luxation oder Subluxation des Kiefers, an welche man zunächst denken könnte, war mit Bestimmtheit nicht vorhanden, ebensowenig Schmerzempfindung bei Druck auf die Gegend des Gelenkes. Eine elektrische Prüfung der Kaumuskulatur, besonders auch der Pterygoidei, welche nach dem Urtheile Erb's an und für sich schon mit mancherlei Schwierigkeiten verbunden ist*), war bei dem hier vorhandenen sehr starken Bartwuchse leider nicht auszuführen. — Beschwerden beim Kauen hat der Kranke bisher nicht empfunden.

Der schwankende Gang des Kranken ist schon Anfangs erwähnt worden, es ist die linke Unterextremität, welche mit Unsicherheit gebraucht und in einer an den Hahnentritt erinnernden Weise aufgesetzt wird. Der Versuch längs einer Furche der Diele zu gehen, Strich zu halten, gelingt nur in äusserst unvollkommener und unbeholfener Weise unter starkem Taumeln des Kranken, ebenso tritt starkes Schwanken ein beim Gehen mit geschlossenen Augen, beim plötzlichen Umwenden und wenn der Kranke bei Augen- und Fersenschluss still zu stehen versucht: würde man ihn nicht schnell unterstützen, so würde er umfallen, wie dies einige Mal hierbei fast vorgekommen ist. Eine allerdings nicht vollständig durchgeführte Untersuchung ergab eine bedeutende Herabsetzung der Sensibilität der linken Unterextremität; an einzelnen Stellen besonders an der Innenseite der Wade konnte man bis 4 Mm. tief mit einer Nadel einstechen, ehe Schmerzempfindung auftrat. Auch die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur war deutlich herabgesetzt, wenn schon überall Reaction auf einen stärkeren Inductionsstrom erfolgte. Patellarreflex linkerseits vollständig aufgehoben, rechts normal oder etwas verstärkt.

Im Bereiche der oberen Extremitäten und des Rumpfes findet sich keine Anomalie der Sensibilität und Motilität. Die innern Organe sind frei von auffälligen Veränderungen. Urin der Menge nach nicht vermehrt, frei von Eiweiss und Zucker; Puls 72; Appetit und Schlaf gut. Keine zweifellosen Zeichen einer früheren luetischen Infection, nur in der rechten Cervicalgegend findet sich ein verdickter und vergrösserter Lymphstrang. Auch stellt der Kranke das jeweilige Bestehen eines Ulcus in Abrede, gibt aber eine 3 malige Tripper-Infection zu, die letzte hat etwa vor 3 Jahren stattgefunden. Eine auffällige Abnahme der Körperkräfte ist nicht bemerkt worden, noch vor wenigen Wochen hat der Kranke beim Ausladen von Schiffen schwere Arbeit verrichtet. Noch ist zu erwähnen, dass bereits im März 1886 eine lähmungsartige Schwäche der linken Unterextremität bestanden hat, welche den Kranken 8 Tage lang bettlägerig machte, mittelst Jodkali und Faradisation behandelt und innerhalb 3 Wochen grösstentheils beseitigt wurde. Jedoch ist nach Aussage des Kranken seit dieser Zeit an dem Beine etwas nicht in Ordnung gewesen. Genaueres

*) v. Ziemssen's Handb. XII. 1. S. 459. 2. Aufl. 1876.

über die damalige Affection war leider nicht zu ermitteln. Ein geringes Herabgesunkensein des rechten Oberlides ist etwa 3 Wochen vor der ersten Vorstellung bei mir, von der Frau des Kranken zuerst wahrgenommen und etwa 1 Woche später vollständig geworden, nachdem der Kranke bei der Arbeit und zwar in Folge eines äusseren Anlasses, nicht etwa in Folge von Schwindelgefühl, vom Verdeck in den Schiffsraum ungefähr 12 Fuss tief hinabgefallen war. Er ist hierbei auf den Kopf und die rechte Schulter gefallen und hat sich auf der Höhe des Scheitels die Haut durchgeschlagen, doch ist er nur sehr kurze Zeit, 5—10 Minuten lang bewusstlos und darauf in seiner Arbeit nicht gestört gewesen. Eine Blutung aus dem Ohr oder aus der Nase hat nicht stattgefunden. Spirituosen hat der Kranke niemals in übermässigem Grade getrunken, geraucht so gut wie gar nicht.

Dass es in diesem, wohl in mehrfacher Beziehung nicht uninteressanten Falle um ein intracranielles Leiden sich handelt, ist wohl ohne Weiteres klar. Sucht man nun den muthmasslichen Sitz der Krankheit genauer festzustellen, so zeigt sich bald, dass abgesehen von der wohl auf einer mehr diffusen Erkrankung im Gebiete des Stirnhirns, beziehungsweise der Umhüllung desselben deutenden intellectuellen Störung, im Allgemeinen eine Erkrankung an, beziehungsweise nahe der Gehirnbasis vorliegen muss. Wäre die Oculomotoriuslähmung eine totale, d. h. wäre ausser der exterioren, den Bulbus bewegenden Muskulatur, soweit dieselbe vom Oculomotorius aus innervirt wird, auch die Binnenmuskulatur des Auges, wäre ausser dem Sphincter pupillae auch der Tensor chorioideae, der Accomodationsmuskel vollständig gelähmt, wäre also die Oculomotorius-Lähmung eine peripherische, so würde die Annahme einer auf die Gehirnbasis beschränkten Erkrankung mit einer derartigen sowie mit fast allen sonst hier vorliegenden Erscheinungen gut in Einklang zu bringen sein. Und zwar müsste bei dem Mangel einer Störung in der Function der Riechnerven, d. h. bei der Unwahrscheinlichkeit einer Erkrankung im vorderen Chiasma-Winkel und in der vorderen Schädelgrube, hauptsächlich im Bereiche der mittleren Schädelgrube und in der Umgebung des hinteren Chiasmawinkels der krankhafte Process zu suchen sein. Auf die Gegend des hinteren Chiasma-Winkels deutet vor Allem das Verhalten der Gesichtsfelder hin: obwohl nach jeder Richtung hin eingeschränkt, zeigen dieselben doch beiderseits in der der medialen Netzhautpartie entsprechenden Hälfte die bei Weitem stärkere Einengung, ein Verhalten, welches auf Grund der Semidecussation der Sehnervenfaserung auf den Sitz der Krankheit entweder im vorderen oder, wie hier, im hinteren Chiasma-Winkel unter Betheiligung der beiden Tractus optic. hinweist. Da das linke Gesichtsfeld in noch höherem Masse als das rechte beeinträchtigt ist, so muss der rechte Tractus vorwiegend und zwar in seiner medialen Hälfte am stärksten von dem pathologischen Prozesse befallen sein. Die Parese des linken Abducens sowie der motorischen Portion des linken Trigeminus ist ohne Zwang auf eine Erkrankung an der Basis zurückzuführen; insbesondere ist bei basaler Meningitis auch Lähmung der Kaumuskulatur schon öfters beobachtet

worden[1]). Wenn endlich auch noch „Schwäche der Beine und Gangstörung paretischer Art" zuweilen, ja sogar eine richtige Lähmung einer unteren Extremität in einem Falle von M. Rosenthal bei Meningitis der Basis gefunden worden ist[2]), so könnte man um so mehr geneigt sein, auch hier ein ähnliches Verhalten zu vermuthen und einen chronischen, etwa meningitischen, Prozess an der Basis anzunehmen, welcher nach Rückwärts bis zu dem rechten Pedunculus hin sich fortgesetzt hätte. Aber es sprechen 3 Momente dagegen dass eine derartige Vermuthung zutreffend ist und alle die hier vorhandenen Symptome zu erklären vermag:

1) es handelt sich offenbar nicht um eine peripherische Lähmung des Oculomotorius, da ja der Accommodationsmuskel noch theilweise fungirt,

2) es findet sich an der linken Unterextremität keine Entartungsreaction, die doch bei einer peripherischen Erkrankung vorhanden sein müsste,

3) bei Erkrankung an der Basis, besonders bei Meningitis derselben hat man bisher niemals Anästhesie einer Extremität beobachtet[2]), welche hier doch in ausgeprägtem Grade vorliegt.

Alle Schwierigkeiten sind jedoch gehoben, wenn man die Lähmung des Oculomotorius wie auch die Störung in der linken Unterextremität auf eine intracerebrale Erkrankung und zwar auf einen Herd im rechten Pedunculus zurückführt.

Es sind schon eine Reihe von Fällen bekannt geworden, wo einseitige Lähmung des Oculomotorius und wechselständige Extremitätenlähmung durch einen bei der späteren Autopsie nachgewiesenen, intrapeduncularen Herd bedingt war[3]) und zwar erklärt sich das leicht daraus, dass die von den Vierhügeln nach Abwärts verlaufenden Faserzweige des Oculomotorius mit den den Centralwindungen entstammenden motorischen Pyramidenfasern im Pedunculus zusammentreffen[4]). Wenn die Summe der vom Boden des 3. und 4. Ventrikels entspringenden Fasern des Oculomotorius in Form eines nach der Gehirnbasis hin gerichteten Kegels zusammentritt, wobei die Accommodationsfasern am Weitesten nach Vorne hin gelegen sind, so können die letzteren unversehrt bleiben, wenn der Krankheitsherd nur eine beschränkte Ausdehnung besitzt, wenn er nicht bis zur Gehirnbasis hin, nicht bis zur Austrittsstelle des Oculomotorius aus dem Pedunculus hinabreicht. Es würde sich hier also

---

[1]) vergl. Liebermeister, Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems 1886, S. 106 u. 297. Strümpell, Krankheiten des Nervensystems, 3. Aufl. 1886, S. 83 u. S. 391. Erb, l. c. S. 458.

[2]) v. Ziemssen's Handbuch XI. I. S. 533, 534 u. 536. 1. Aufl. 1876.

[3]) Liebermeister l. c. S. 239 u. 248. Strümpell l. c. 344.

[4]) vergl. Merkel's topogr. Anatomie I. S. 125 u. 129 und das Schema des Faserverlaufs im Gehirn von Aeby. 1883.

um die von Mauthner in seiner klassischen Abhandlung über die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen im Gegensatze zu der nuclearen und corticalen als fasciculare bezeichnete Form der Lähmung handeln und der vorliegende Fall einem von Mayor i. J. 1877 beschriebenen in mancher Beziehung ähnlich sein.[1])

Auch die Sensibilitätsstörung in der linken Unterextremität lässt sich mit der Annahme einer Herderkrankung im Pedunculus dextr. wohl vereinigen, wenn nach Liebermeister's Angabe in derartigen Fällen neben Hemiplegie zuweilen auch Hemianästhesie vorkommt und zwar wie es scheint dann, wenn auch die äusseren, sensiblen Fasern des Hirnschenkelfusses betroffen sind.[1]) Würde der Herd eine gewisse Ausdehnung auch nach Aufwärts hin besitzen, so könnte man anderseits auch mit Strümpell annehmen, dass die sensiblen Fasern der Hirnschenkelhaube hier betheiligt seien.[2])

Welcher Art soll nun der einerseits an der Basis und im Pedunculus, andererseits an der Convexität, besonders im Gebiete des Stirnhirns angenommene Krankheitsprozess sein? Durch das stattgehabte Trauma ist derselbe jedenfalls nicht entstanden, höchstens ist er hierdurch in seinem Fortschreiten etwas beschleunigt worden, wie sich dies aus der Anamnese wohl ohne Weiteres ergiebt. Offenbar handelt es sich um eine schleichend verlaufende Krankheit, also entweder wohl um einen Tumor oder um eine chronische Meningitis resp. um eine Exsudation im Gefolge einer diffusen Gefässerkrankung. Die letztere Vermuthung scheint im Ganzen wahrscheinlicher zu sein; gegen die Annahme eines Tumors kann z. Th. wenigstens auch das Fehlen einer Stauungspapille und jeder erkennbaren Circulationsstörung in der Schädelkapsel angeführt werden. Im Hinblicke auf das noch jugendliche Alter und das im Uebrigen blühende Aussehen des Kranken ist die Möglichkeit gewiss nicht ausgeschlossen, dass trotz seiner in dieser Hinsicht verneinenden Aussage neben der gonnorrhoischen auch eine syphilitische Infection früher stattgefunden und zu der vorliegenden Erkrankung den Anlass gegeben hat. Bis zu einem gewissen Grade wenigstens characteristisch scheint auch die Oben erwähnte eigenthümliche Verwechslung oder Verkennung von Schriftzeichen zu sein und mit mancherlei derartigen oder ähnlichen Wahrnehmungen, die man gerade bei Hirnsyphilis gemacht hat, im Einklang zu stehen.

Ein Symptom erfordert wohl noch eine kurze Erörterung, die Parese der linken Kaumuskulatur. Dieselbe stellt nach der mir zu Gebote stehenden, übrigens nicht reichhaltigen Literatur eine doch ziemlich seltene Erscheinung, besonders bei einseitigem Auftreten, dar. Während dieser Gegenstand von Erb, Strümpell und Liebermeister nur in wenig ausführlicher Weise berührt, von Huguenin[3]) gar nicht erwähnt wird, ist in den von Mauthner gesammelten Fällen

[1]) Mauthner, die ursächlichen Momente der Augenmuskellähmungen. 1885 u. 86. S. 392 u. folg. S. 349.

[2]) l. l. c. c.

[3]) v. Ziemssen's Handb. XI. I. 1876. S. 533.

von multipler einseitiger Hirnnervenlähmung auch Lähmung oder Parese der Kaumuskulatur mehrfach zu finden.[1]) Aber ein dem vorhergehenden gleichender, so recht ausgeprägter Fall ist vielleicht doch noch nicht zur Beobachtung oder Beschreibung gekommen. Mit der Lähmung der Kaumuskulatur bei progressiver Bulbärparalyse, welche in einigen jedoch nicht ganz zweifellosen Fällen dieser Krankheit allerdings auch neben Ptosis und Lähmung „noch anderer Augenmuskeln" von Erb gesehen worden ist[2]), wird das im Vorhergehenden geschilderte Krankheitsbild wohl keine Berührungspunkte haben, es wird sich hier wohl kaum um eine verkappte Bulbärparalyse handeln, welche in einer jedenfalls äusserst ungewöhnlichen Weise mit Oculomotorius-, Abducens- und Extremitätenlähmung eingesetzt hätte. Ausser den bereits oben beigebrachten Argumenten könnte gegen die Annahme einer nuclearen, am Boden des 3. und 4. Ventrikels gelegenen, von da nach Abwärts kriechenden und in Bulbärparalyse übergehenden Erkrankung noch angeführt werden, dass die Affection dann in vollkommen absonderlicher Art mit Ueberspringung verschiedener, dazwischen und symmetrisch an der anderen Seite der Raphe gelagerter Nervenkerne vorgehen müsste. Man wird von einer solchen Annahme gewiss absehen und die Parese des motorischen Trigeminus wie des Abducens der linken Seite in der oben erörterten Weise auf eine mehr oder weniger umschriebene Meningitis in der mittleren Schädelgrube beziehen, sie also als eine peripherische auffassen. Was schliesslich noch die seitliche Abweichung des Unterkiefers bei Eröffnung des Mundes betrifft, so kommt hier wohl eine Parese nicht nur des linken Pterygoid. extern., sondern auch des vorderen Bauches des linken Biventer maxill. inf. in Betracht. Letzterer wirkt ja, sofern das Zungenbein durch Muskelwirkung festgestellt ist, gleichfalls auf die Eröffnung des Mundes und zwar durch active Senkung des Unterkiefers ein; er wird in seinem vorderen, hier in Betracht kommenden, Bauche von der port. minor des Trigeminus, in seinem hinteren Bauche dagegen vom Facialis aus innervirt. Anstatt des bei der Eröffnung des Mundes normaler Weise stattfindenden Vorrückens des Condylus auf das Tuberculum articulare, welches auf einer Contraction des Pterygoid. extern. beruht, findet bei der hier vorhandenen einseitigen Wirkung nur des rechten Pterygoid. extern. eine Rotation des Kiefers um eine in dem linken Gelenke senkrecht stehende Achse statt. Dass diese Drehung hier einen so ungewöhnlich hohen Grad erreicht, kann wohl nur durch eine gleichzeitige Parese des vorderen Bauches des linken Biventer erklärt werden: der jetzt allein zur Geltung kommende Digastricus der rechten Seite muss vermöge der Richtung seines von rechts nach der Medianlinie hin gehenden Zuges die Drehung des Kiefers nach links hin noch verstärken, während die normale Thätigkeit des linken Digastricus dieser Drehung entgegen gewirkt haben würde. Ge-

---

[1]) l. c. S. 428 u. folg.

[2]) v. Ziemssen's Handb. XI. 2. S. 498 u. 505. 1878. Strümpell l. c. S. 289.

nauer als es mit diesen kurzen Andeutungen hier möglich ist, möge man in Handbüchern der Anatomie oder der Chirurgie über diesen interressanten, aber etwas complicirten Gegenstand sich orientiren[1]).

Bis zum 13. I. wurden über 90 Gramm Jodnatrium vom Kranken verbraucht; ausserdem kam fast täglich der Inductionsstrom in Anwendung, wobei der eine Pol auf den Nacken, der andere auf die Lidhaut oder in den Bindehautsack beider Augen sowie auf die linke Unterextremität (Ober- und Unterschenkel, Fuss) aufgesetzt wurde. Schon nach Kurzem war nach jeder Sitzung auch die rechte Pupille um ein Bedeutendes enger als vor einer solchen, ein Umstand, welcher wohl gleichfalls gegen einen peripherischen Sitz der Lähmung des Oculomotorius sprechen dürfte. Genuss von Tabak und Spirituosen jeder Art durchaus verboten.

11. I. Mit + 1,0 rechts $^{8}/_{24}$, links $^{8}/_{18}$, Abstand der Doppelbilder ungefähr noch derselbe. Gesichtsfelder von fast normaler Ausdehnung (s. Zeichnung). Das rechte Lid kann zeitweise etwas gehoben und auf Minuten in dieser Stellung erhalten werden. Der Kiefer weicht weniger ab. Intellect frei. Gang viel sicherer, auch auf der Strasse. Sensibilität und Motilität der l. Unterextremität erheblich gebessert.

Da am 12. zweimal ein Schwindelanfall aufgetreten ist, wird am 13. zur Einreibungskur übergegangen (2,5 ung. ciner. p. die).

21. I. Rechts mit + 1,0 S $^{8}/_{24}$, mit + 6,0 Nieden 1 von 10—18 Ctm.: Accomodationsbreite = 4,5 Dioptrien. Links + 1,0 S $^{8}/_{12}$, + 4,0 Nieden 1 n. 8—29 Cmt., Accom.-Br. = 8,5 D.

Rechte Sehnervenscheibe entschieden etwas blasser als die linke.

Die Abweichung des Kiefers nach Links bei Eröffnung des Mundes beträgt 2 mm. — Während in der rechten Unterextremität hinsichtlich der Motilität und Sensibilität durchaus normale Verhältnisse bestehen, sofern man nicht allenfalls auf das Fehlen des Cremaster-Reflexes Werth legt, was aber möglicherweise auf das durch das Bestehen einer Inguinalhernie bedingte Tragen eines Bruchbandes zurückzuführen ist, ist im Gebiete der ganzen linken Unterextremität die Muskelreaction bei Anwendung des Inductionsstromes noch immer eine etwas schwächere als rechterseits. Der Strom wird hier in einer Stärke ertragen, welche rechterseits ein unerträgliches Brennen auf der Haut hervorruft. Mehrfach wiederholte Stiche mittelst einer Nadel werden links nur dann richtig gezählt, wenn sie weniger schnell als rechts aufeinander folgen. Die Unterscheidung ob die Haut in querer oder längsverlaufender Richtung gestreift wird, gelingt öfters, ist aber im Allgemeinen, besonders an der Innenseite des Unterschenkels noch unsicher, ebenso die Wahrnehmung von Temperaturunterschieden. Die Lage der in verschiedene Positionen gebrachten Extremität wird richtig

[1]) Henle, anat. Atlas 1871. 1. Heft S. 125. Meyer, Anatomie 1873. S. 207. Henke, topograph. Anatomie 1883. S. 110. Hüter, Klinik der Gelenkkrankheiten 1878. 3. Band. S. 263.

beurtheilt. Der Patellar-Reflex fehlt, der Cremaster-Reflex ist vorhanden; das Fussphänomen fehlt beiderseits. Das Romberg'sche Symptom ist kaum mehr angedeutet, plötzliches Umkehren, Strichhalten und Stehen auf einem Fusse dagegen noch etwas unsicher.

Die eingeschlagene Behandlung wird fortgesetzt werden, da der bisherige Erfolg derselben für die Berechtigung eine luetische Affection anzunehmen sprechen dürfte.

Danzig, den 21. Januar 1887.

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 8. Januar 1887.

89) **Kétli** (Budapest) stellt folgenden Kranken vor: Johann N. 39 Jahre alt, erkrankte vor drei Jahren in Folge Erkältung an heftigen *Kopfschmerzen* und *Ohrensausen*, wozu sich in einigen Tagen schlechtes Sehen und unwillkürliches Herablassen beider oberen Augenlieder gesellte. Visus ist seitdem angeblich besser geworden, aber die Augenlider hängen noch immer herab; links vollständig, rechts den Bulbus halb deckend. Vor einem halben Jahre traten sehr heftige Sohmerzen im linken Knie- und Sprunggelenke, später auch im rechten Hüftgelenke auf, wegen welcher er sich auf die Abtheilung des Vortr. aufnehmen liess. Beiderseits Ptosis paralytica. Die Bulbi stehen starr und parallell in der Richtung ihrer geraden Axe. Pat. kann die Augen nur nach auswärts in sehr geringem Grade bewegen, denn der M. rectus ext. ermüdet sofort und das Auge kehrt unwillkürlich in seine frühere Stellung zurück. Pupillen ungleich und starr. Bei heftigem Kneifen der Haut erweitern sich die Pupillen ganz wenig. Die Accomodation ist gestört, nicht ganz aufgehoben. Beiderseitige hochgradige Hypermetropie. Spiegelbild: Venen beiderseits dilatirt, Arterien normal; rechte Papille etwas abgeflacht, beginnende Atrophie. Das rechte Hüftgelenk sowie das linke Knie und Sprunggelenk beim Gehen schmerzhaft. Patellar- und Cremasterreflexe beiderseits erloschen. Sohlen- und Bauchreflexe erhöht. Sphincterenfunction sowie Sensibilität normal. Von Ataxie keine Spur.

Das Krankheitsbild entspricht der Form nach der Graefe'schen Ophthalmoplegia progressiva, doch weichen die Art der Entstehung sowie einzelne Symptome von derselben ab. Während bei der O. p., heute Poliencephalitis superior, der Sphincter pupillae und Tensor choroideae unversehrt sind, sind dieselben hier gelähmt. Gegen den polioencephalitischen Ursprung spricht noch der Umstand, dass die Muskellähmungen in Begleitung von heftigen Kopfschmerzen entstanden sind, sowie die beginnende Atrophie des Nervus opticus. Es scheint dass der Sitz der Erkrankung in der Scala media in den Gegenden der Hypophysis ist und vielleicht übt das Product einer Beinhhaut-

entzündung einen Druck auf die augenbewegenden Nerven. So könnte man auch das Nachlassen der Schmerzen erklären, seitdem der Kranke Jodkalium nimmt. Das Fehlen des Patellarreflexes ist dem Vortr. unerklärlich, denn Sensibilität und Sphincterenfunction sind normal, Ataxie und excentrische blitzartige Schmerzen sind nicht vorhanden.

90) **A. Schwarz** (Budapest): *Ein Fall von Ophthalmoplegia externa und interna.*

Bei dem Kranken, den Sch. für einen Tabiker hält, stellte sich vor drei Monaten schlechtes Sehen ein. Die damalige Untersuchung ergab Atrophie des Nervus opticus und Lähmung des Musc. rectus sup. auf dem linken Auge. Langsam entstand links Ptosis und rechts Paresis musculi rect. int; der Abducens bleibt rechts etwas zurück. Pupillen ungleich und starr. Patellarreflexe erloschen. Dass sich die Augenerscheinungen bei Tabes mit den Symtomen der Ophthalmoplegie einstellen, ist ein Vorkommniss, das in der Literatur bisher nicht erwähnt ist. Pollák (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

91) **J. A. Anfimoff:** Ueber die Veränderungen im centralen Nervensysteme der Thiere bei Lakiren der Haut. (Wratsch Nr. 50. 1886.) russisch.

Verf. hat auf der Klinik des Prof. Merschejewsky Kaninchen und Hunde vollständig oder theilweise mit Lack überzogen und dabei folgende Veränderungen im centralen Nervensysteme beobachtet:

An gehärteten Präparaten: 1. Starke Hyperämie, Trübung und Schwellung der Gewebe besonders der grauen Hirnsubstanz. Die Capillaren vollgepfropft mit Blutkörperchen und umgeben von einer (bei Färbung mit Carmin) rosa Schicht, dem sog. plasmatischen Exsudate, und reichlichem Austritt weisser Blutkörperchen.

2. Zahlreiche capillare Blutergüsse in der grauen Subsanz des ganzen Rückenmarks, im verlängerten Mark und im ganzen Matkstamm sind sie weniger ausgeprägt, in der Hirnrinde fast gar nicht. An einigen Präparaten des Rückenmarks ist deutlich zu sehen, dass die Blutergüsse sich an den Eintrittsstellen der Fasern der vorderen Wurzeln in die grauen Hörner befinden.

3. Typische Degeneration der Nervenzellen in zwei Formen: a. Scharf ausgeprägte Vakuolisation, bei welcher die Zellen die sonderbarsten Formen annehmen, bald die ovaler Protoplasmamassen mit peripherischen Ausläufern, bald die von Blasen mit 2—3 Durchgängen; endlich ganz sonderbare Figuren, die man nur bei Erhaltung des Kernes als Reste von Zellen erkennen kann. b. Einige Zellen haben runde Form, färben sich schlecht oder gar nicht mit Carmin; ihr Protoplasma ist homogen, entbehrt vollständig der streifigen Structur, von mattem wachsartigen Glanze ohne Auswüchse, oft auch ohne Kern. Die Umrisse derartiger Zellen sind meist nicht deutlich ausgeprägt, sie verschwimmen. Bisweilen sind an Stelle der zerfallenen Zellen dieser Art helle ovale

Räume sichtbar in deren Mitte entweder ein Kern mit geringer Menge Protoplasma nachblieb oder aber ein Protoplasmarest ohne Kern.

An frischen, isolirten Präparaten:

1. Die Nervenzellen stellen eine characteristische Vakuolisation dar.
2. Die Gefässe sind fettig degenerirt.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

92) **W. Danilewski**: Ueber künstliches nervöses Asthma bei Fröschen. (Wratsch Nro. 48. 1886.) russisch.

Verf. machte die Beobachtung, dass Bedecken der Nasenlöcher mit einem Stücke Papier beim Frosche heftiges Asthma hervorrief. Zur näheren Prüfung dieser Erscheinung nahm er eine Reihe von Experimenten vor:

Das Versuchsresultat blieb unverändert, wenn man durch Anschneiden des Herzens und der grossen Gefässe Bultleere erzeugte oder das Blut durch eine 0,6% Chlronatronlösung ersetzte.

Dasselbe war der Fall bei Aufheben der Lungenventilation durch Resection der Lungen, oder Anlegung einer Lungenfistel, sogar nach vorherigem Ansschneiden des Grosshirns, nur in schwächerem Grade.

Hypnose des Frosches oder Anaesthesiren der Schnauze und der Nasenlöscher durch Beizen mit Schwefel- oder Karbolsäure, sowie Ausschneiden des m. intermaxillaris s. dilatator narium und des m. lateralis et nasalis externus, waren nicht im Stande das Auftreten des Asthma bei Bedecken der Nasenlöcher zu verhindern.

Eine andere Versuchsreihe gab analoge Erscheinungen in anderer Richtung. Anlegen einer fistula submaxillaris ruft bei Oeffnen der Fistel Asthma hervor, welches durch jeden Hautreiz verstärkt wird; beim Verschliessen derselben wird die Respiration normal, ebenso verhält es sich bei einer fistula laryngea in der Gegend des resecirten Episternium; hierbei ergab sich noch, dass das Vorhandensein des Grosshirns auch in diesem Falle keine nothwendige Bedingung zum Auftreten der dyspnoischen Respiration ist.

Das Innervationscentrum betreffend fand Verf. in Uebereinstimmung mit Wittich, dass bei Entfernung des ganzen Hirns bis zum verlängerten Mark der Frosch weder selbstständig noch bei Kitzeln der Haut athmet, ausserdem aber, dass nach Entfernung des Grosshirns und tiefgehender Zerstörung der Sehhügel die centralen Innervationsbewegungen erhalten bleiben und von Asthma begleitet sind.

Verf. ist der Ansicht, dass der Chemismus der allgemeinen Respiration des Frosches durch die Hautrespiration hinreichend garantirt wird, dass folglich die Nervencentren jedes für sich durch mechanische chemische Ursachen Asthma hervorzurufen fähig sind.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

93) **Audry:** Die Tumoren des plexus chorioidei.
(Rev. de médic. 1886. Nro. 11.)

Verf. ist durch das Auffinden einer Geschwulst auf dem Niveau des Chorioidalplexus bei der Section eines auf der Klinik des Prof. Lépine befindlich gewesenen Kranken veranlasst worden, die anatomischen und klinischen Zeichen dieser Läsionen monographisch zu bearbeiten. Er basirt seine Schlüsse auf 25 Beobachtungen, darunter 1 eigne (s. u.), bespricht dann eingehend die *anatomische Structur* dieser Gebilde, hierbei sich hauptsächlich auf Luschka stützend und geht dann zu der Schilderung der hier vorkommenden, am meisten in den Seitenplexus und denen des 4. Ventrikels sich findenden Geschwülste über. Er klassificirt sie nach ihrem histologischen Charakter und rubricirt sie in folgender Tabelle:

A.	Geschwülste durch Wucherung eines normalen Elementes bedingt.	1) epitheliale Geschwülste. 2) fettige Geschwülste. 3) vasculare Geschwülste. 4) Psammome 5) Fibrome und Myxome.
B.	Geschwülste durch ein krankhaftes, heterogenes Element bedingt.	6) Abscesse 7) Enchondrome 8) Osteome 9) Tuberkeln 10) Carcinome 11) parasitäre Geschwülste.
C.	Einfache Hypertrophie der Plexus.	
D.	Kystöse Entartungen.	

A 1) *Epitheliale Geschwülste.* Chambard[21]) beschreibt 3 Formen von epithelialen Elementen a) platte, membranartige Zellen mit Kernen und Nucleolen, b) epidermoide Schollen und c) sich zurückbildende Zellen. Cornil und Ranvier sagen von der ersten Art, dass die Zellen hier abgeplattet, dünn und collosal gross seien, die sie bildende Lamelle ist einem Schleier ähnlich und lässt sich gewöhnlich knicken oder an einem Ende aufheben; an der Fläche gesehen, erscheint ihr Rand so dünn, dass man ihn kaum verfolgen kann und sieht man dann in ihrer Mitte den Kern; im Profil gesehen, erscheinen sie als Faser oder als sehr lange spindelförmige Zellen. Bei den Epithelschollen sind die Zellen über einander concentrisch geschichtet, kommen aber mit Kalksalzen durchsetzt, auch bei Psammomen, einfachen Hypertrophien u. a. vor.

2) *Fettgeschwülste.* Sie stellen nur eine Wucherung der normalen Elemente vor; Obersteiner[23]) hat ein echtes Lipom beschrieben, ebenso Walmann[5]) und Haeckel[6]).

3) *Angiome* werden fast nur durch die Gefässmaschen der plexus gebildet. Haeckel[6]) zweifelt nicht an dem Vorkommen derselben; hierher gehören die Fälle von Guérard und Demange[17]).

4) *Psammome* nennt Audry die Plexusgeschwülste, in welchen

die sandigen und kalkigen Elemente vorwiegen und der Beschreibung Virchow's entsprechen, aber nicht dem plexus eigenthümlich sind; Boseredon[4]) fand in seinem Falle eine Kalkablagerung. Sie können kaum von anorganischen Substanzen durchsetzte Schollen, selbst Schleim- oder fibröses Gewebe enthalten, endlich kann der Gehirnsand sich als Depot in anderen Geschwülsten der Plexus finden.

5) *Fibröse und myxomatöse Geschwülste* scheinen sich auf Kosten des interstitiellen Plexusgewebes zu bilden und zeigen je nach welcher Richtung sie sich entwickeln, bald den fibrösen, bald den myxomatösen Charakter. Haeckel[6]) hat 2 Formen unter dem Namen der harten und der weichen Hypertrophie beschrieben, welche Uebergangsformen zeigen und sich folgendermassen entwickeln. Anfangs bilden sich bei der *harten Hypertrophie* hanfkorngrosse, knorpelharte kleine Knötchen, welche beim Weiterwachsen das Aussehen pacchionischer Granulationen darbieten; nach Luschka können während dieser Periode in diesen Neubildungen sich kleine Kysten entwickeln. In späteren Perioden nehmen diese zuweilen nussgrossen Geschwülste ein fibroides Ansehen an und sind von Blutgefässen durchzogen. Unter dem Mikroskope sehen sie wie die Adventitia einer atheromatös entarteten Arterie aus, das Grundgewebe ist granulirt, stellenweise grob gestreift, aber fasriger und an elastischen Fasern reicher, als die normale Grundsubstanz, dazwischen liegen recht zahlreiche, von Zellen erfüllte Räume, welche fettig, pigmentig oder kalkig entarten können. Die *weiche Form* zeigt weiche, glänzende, hellbraune oder selbst ein wenig rothe, hanfkorn bis kirschkerngrosse Geschwülste, welche unter dem Mikroskope zahlreiche Spindelzellen aufweisen, welche in einer homogenen, schleimigen, in allen Richtungen von einer Menge dunkler Linien durchzogenen Grundsubstanz eingebettet sind; diese Linien könnten Zellenfortsätzen, Fasern, Spalten entsprechen. Diese Geschwülste nehmen einen wesentlichen Antheil an der Kystenbildung und können verkalken, aber nie, wie die der harten Form verfetten. (Haeckel.) Solche Geschwülste des plexus sind von Haeckel[6]), Zenker[14]), Bourdon[18]) beschrieben worden, der Fall von Levrat-Perroton[8]) ist aber nach Virchow ein Myxom.

6) *Abscesse* sind von älteren Autoren angenommen und nach Haeckel wahrscheinlich immer Folgeerscheinungen von Entzündungen der pia und des Gehirns; weder Haeckel noch Audry haben aber in der Literatur entsprechende Fälle auffinden können.

7) *Enchondrom* ist von Hennig und Wagner (Virch. Arch. X. p. 269) im plexus eines jungen Kindes gefunden worden.

8) *Tuberkeln* hat Förster (Pathol. Anat.) in einem Falle allgemeiner Tuberculose auch in den plexus gefunden.

9) *Carcinome.* Rokitansky citirt 2 Fälle, einen von Medullarkrebs im Niveau des 4. Ventrikels und einen von alveolarem, nussgrossen Gallertkrebs im Niveau eines Seitenplexus; die anatomischen Einzelnheiten fehlen.

10) *Parasitäre Geschwülste.* Nach Lancereaux kommen nur Echinococken und Cysticerken in den plexus und dem Ependym vor, Virchow fand aber in der pia und den plexus des 4. Ventrikels

ausgedehnte blasige Bildungen, welche er auf Coenurus oder ähnliche Parasiten zurückführt.

Davaine führt aus der älteren Literatur folgende Fälle von *Hydatiden der plexus* an, meint aber, dass so manche von ihnen auf seröse Kysten der plexus zurückzuführen seien.

Hydatiden: 1 Fall von Weikard (Vermischte medic. Schriften 4 Stück p. 102 citirt bei Broca: Blasenwürmer in den Choroidalplexus eines Mannes, der häufig an Schwindel gelitten hatte. Ludwig (Adversaria medico-practica J. II. p. 480. Lipsiae 1771) berichtet über 2 Fälle von erbsengrossen Hydatiden der pia und mehrere Fälle von solchen an den plexus. Cazeaux, (Bull. soc. An. VIII. p. 106, 1833), starke centrale Hirnhämorrhagie, Hydatidenkyste in den plexus.

Cysticerken. 1 Fall: J. L. Fischer 1788, junger an Typhus verstorbener Mann — 23 an den plexus choroidei hangende Cysticerken.

2. Fall: Treutler (de nova specie taeniae). 28jährige Frau, an Wassersucht unter Symptome einer alten Gehirnerkrankung gestorben, 17 Cysticerken an den Choroidalplexus, ausgedehnte Veränderungen am Gehirn, knöcherner Auswuchs an der Schädelbasis.

3. Fall: L. Broca (Traité der maladies vermineuse Paris 1804 p. 32.) 50jähriger Mann, seit 3 Monaten an Intermittens leidend. Eines Morgens grosse Schwere in den Beinen, kehrt schwankenden Ganges heim, wo er plötzlich von einem heftigen Schmerze im oberen Theile des Kopfes befallen wird und, hülferufend, besinnungslos zu Boden stürzt; in der folgenden Nacht stirbt er. Bei der Section fanden sich längs der plexus choroidei 2 Trauben von Cysticerken.

4. Fall: Steinbuch und Loschge (Commentatio de Taenia hydatigena. Erlangiae 1802) 5 Cysticerken in den plexus, 20 in den Muskeln.

5. Fall: Calmeil (Journ. hébdom T. I. 1822) 65jähriger Mann, Schmerz im Bein, Empfindung und Bewegung intact, Delirium, Prostration.

Davaine führt noch 2 Fälle an, 1 von Andral, der in der Thèse von Faucouxeau-Dufresne mitgetheilt und 1 Fall von Romberg. (J. Comp. T. XIX. p. 276).

C. *Einfache Hypertrophie des plexus* wobei sämmtliche, das Gebilde zusammensetzenden Elemente gleichmässig vermehrt sind: hierher gehören die Fälle von Robin[7]), Chouppe[19]) Bourdon[18]).

D. *Kystöse Enartungen der plexus*, kommen nicht selten vor und sind bereits von van Ghert, Rokitansky und Luschka beschrieben worden, sie werden in den plexus aller Ventrikel, am häufigsten im Niveau des glomus gefunden. Bei geringerer Entwickelung stellen sie mohnkorngrosse, glänzende oder milchweise Ampullen dar, welche beim Aufstechen ein kleines Tröpfchen Flüssigkeit entleeren. Erreichen sie Erbsen- oder Nussgrösse, so confluiren sie und bilden dann rosenrothe, trauben- oder straussförmige Gruppen (Rokitansky, Haeckel). Ersterer führt einen Fall an, in welchem der ganze plexus des linken Hinterhorns in ein nussgrosses Conglomerat verwandelt war, letzterer fand eine ähnliche Veränderung im Niveau

des Glomus. In dem Falle von Caylay[20]) war die Geschwulst gross genug, um das Scheitelbein eines Kindes vorzuwölben. Haeckel[6]) beschreibt diese Kysten folgendermassen. Die mehr oder weniger dicke, zuweilen sehr dünne Wand ist von einem hinfälligen Epithel bedeckt, die Tasche kann in mit einander zusammenhängende Hohlräume geschieden sein, welche kleine, grauliche Schleimklumpen enthalten. Die in den umfangreicheren Ampullen vorhandenen Zellen gehören 12 verschiedenen Typen an, von denen die wichtigsten kleine runde Zellen und, diesen Zellen entstammende (freie?) Kerne sind. In der Folge erscheint in den Zellen ein heller Punkt, der sie allmählig ausdehnt und sie zu colossaler Grösse anschwellen lässt; schliesslich zersetzen sich die Zellen zu hyalinen Massen, welche durch gegenseitigen Druck polygonale Formen annehmen, zuweilen Bruchstücken von Kugeln gleichen und mitunter verkalken. Ausserdem ist noch eine eiweisshaltige Flüssigkeit in den Ampullen vorhanden. — Diese Kysten entwickeln sich in einem gegebenen Moment zu harten (Fall von Beigel[13]) weichen oder flüssigen Formen, letztere entsteht, wenn sie beständig wird, aus der Umwandlung der hyalinen Massen in eine eiweisshaltige Flüssigkeit. Andrerseits können die Wände der Kyste sich verdicken, es bilden sich kleine, von hyalinen Massen erfüllte Abtheilungen, in welchen sich sandige und kalkige Substanzen ablagern; die Kyste kann ein richtiges Psammom darstellen (Fall von Beigel[6]). Lancereaux lässt auch die Anwesenheit perlartiger Kügelchen in den Cysten zu, welche durch concentrisch geschichtetes Endothel gebildet werden.

Die Pathogenese dieser Cysten ist nach Haeckel von den verschiedenen Autoren verschieden erklärt worden. Luschka und van Ghert führen sie auf eine seröse Exsudation aus den hydropisch gewordenen Gefässen zurück, Schraut und Förster (Atlas XI. 3 f. c. d.) sehen in ihnen eine krankhafte Vermehrung des normalen Epithels, Rokitansky (Lehrb. p. 425) eine Vergrösserung der Hohlräume der Gefässbündel. Haeckel erklärt, dass die kystöse Entartung bedingt wird durch regressive Erweichung dieser besonderen Neubildung, welche in einer Proliferation der Stützsubstanz und Infiltration dieser Zellen durch hyaline Substanz besteht, welche sich durch Ruptur frei macht. Er nähert diese Tumoren den von Virchow (Enchondrosis proliferans) an der Schädelbasis gefundenen Schleimgeschwülsten, nur mit dem Unterschiede, dass hier die Grundsubstanz hyaliner, in Knorpelkapseln ein geschlossener Knorpel sei, während die Stützsubstanz der plexus granulär, schleimig oder fibrös wäre und dass bei der Enchondrosis die hyalinen Massen in den knorplichen Kapseln eingeschlossen blieben. Lancereaux sieht in diesen vermeintlichen Kysten das Resultat einer Veränderung der zelligen Elemente, während Cornil und Ranvier sich mit der Anführung der Thatsache des Auftretens von Kysten im Bereiche der plexus begnügen und meinen, dass diese Kysten sich auf Kosten der Gefässpapillen ausbilden.

Aetiologie. Die Tumoren der Choroidalplexus können in jedem Lebensalter vorkommen, so betraf der Cayley'sche[20]) Fall ein Kind von 4 Monaten, der von Guérard[2]) ein dreijähriges Mädchen, die

Fälle von Robin[7]), Boscredon[4]), Garrod[16]), Stedman[24]) beziehen sich ebenfalls auf junge Individuen. — Eine gewisse ätiologische Rolle scheinen vorangegangene Traumen oder psychische Störungenzu spielen, doch fragt es sich, ob letztere nicht auch durch den Tumor hervorgebracht worden sein konnten; im Allgemeinen aber die Entstehungsweise dieser Geschwülste äusserst dunkel.

Symptomatologie. Die bei den Tumoren der plexus choroidei auftretenden Zeichen zerfallen in solche, welche von einer Fernwirkung der Affection (meist durch Hydrocephalus ventricularis bedingt) und in solche, welche von einer localen Einwirkung der Geschwulst abhängen, was besonders im Bereiche des 4. Ventrikels beobachtet wird.

a. *Störungen der Intelligenz.* Manche Fälle verlaufen vollständig latent, so die von Guérard[2]) Spillmann[22]), Stedman[24]), in den beiden letzteren trat Coma erst am letzten Lebenstage auf. Bei chronischem Verlaufe kann man gewöhnlich zwei auf einander folgende Perioden unterscheiden, anfangs Exaltation, bald aber eine Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, welche nicht allein von der Norm abweichen, sondern auch allmählig stumpf werden, bis zur vollständigen Abulie (Fall von Robin[7]). Andrerseits gleichen die Symptome denen der allgemeinen Paralyse (Fall von Zenker.[14]) Es unterliegt keinem Zweifel dass diese Symptome des geistigen Verfalls meistentheils dem ventriculären Hydrocephalus zuzuschreiben seien, steigt dieser, so steigert sich auch die psychische Depression. — Uebrigens sind diese beiden Perioden der Aufregung und der Erschlaffung auch bei den meisten anderen Symptomen zu finden.

b. *Störungen der Motilität.* Einige Male sind epileptische Anfälle (Bonnet), Contracturen in den linken Extremitäten (Beigel), Nackenstarre gesehen worden, aber die Contracturen sind im ganzen sehr selten und immer vorübergehend, während die Symptome einer motorischen Schwäche vorwiegen. Diese zeigen 2 Formen. Einerseits ist es eine einfache Parese, ein allmähliches Schwächerwerden, das vorliegt, welche zu wirklicher Lähmung sich steigern und ein Glied, eine Körperhälfte, die unteren Extremitäten (Fall von Walmann[5]) ergreifen kann, gewöhnlich aber alle 4 Glieder afficirt. Andrerseits sind die Bewegungen der Kranken *unsicher* und erinnern an Chorea, Ataxie und die verschiedenen Arten von Tremor. Die Kranken von Bergeon[3]), Boscredon[4]), Bourdon[18]) zeigten choreiforme Bewegungen, der Patient Zenker's[14]) schwankt und hatte die Neigung, auf eine und dieselbe Seite zu fallen, der Kranke Gurrod's[16]) war atactisch, der Weinbauer Spillmann's[22]) hatte einen tabischen Gang und Harrington Douty's[25]) Kranker konnte im Liegen seine Beine vollkommen coordinirt bewegen, während er im Gehen meistentheils nach rechts schwankte, in unbestimmter Richtung vorwärts stürmte, um bald stolpernd zu fallen, was bei offenen und bei geschlossenen Augen in gleicher Weise geschah. — Während die rein paretischen Erscheinungen bei Tumoren sowohl des 4. als auch der Seitenventrikel beobachtet worden, kommen atactische Erscheinungen nur dann vor, wenn die Geschwulst im 4. Ventrikel sitzt. Einmal ist Lähmung der Hirnnerven

— Strabismus bei Garrod[16]), ein Mal einseitige Gesichtslähmung (Chouppe) notirt.

c) *Störungen der Sensibilität.* Sie waren in den vorliegenden Beobachtungen wenig deutlich ausgeprägt oder ungenügend beobachtet worden; in den letzten Stunden der Krankheit, gleichzeitig mit dem Auftreten des Coma, trat eine fortschreitende Anästhesie der Glieder auf; ausnahmsweise empfand ein Kranker von Spillmann[22]) während 14 Tage lancinirende Schmerzen in Armen und Beinen. Nackenschmerz wurde ziemlich selten, Kopfschmerz viel häufiger beobachtet, was aber bei diesem banalen, allen Gehirntumoren zukommenden Symptom Nichts sagen will. Sinnesstörungen werden, am meisten an den Augen beobachtet, die Blindheit war nahezu vollständig in den Fällen von Robin, Levrat-Perroton, Garrod, Chouppe und H. Douty, ophthalmoskopisch wurde Neuritis optica (Garrod), Neuroretinitis (Douty) constatirt, letztere muss auf eine Steigerung des intracraniellen Druckes, hier speciell durch Hydrops der Ventrikel, zurückgeführt werden. (Nothnagel), Douty beobachtete Taubheit, Läsion der Acusticuskerne und Schwindel.

d) *Störungen der Reflexthätigkeit. Trophische Störungen.* Die Plantar- und Patellarreflexe verminderten sich im Verlaufe der Krankheit um im Coma zu verschwinden, hier tritt auch Sphincterenlähmung auf, es kann sich auch Decubitus ausbilden.

e) *Viscerale Störungen.* Am häufigsten kam das allen Hirntumoren eigenthümliche Erbrechen vor; möglicherweise spielt bei Geschwülsten des 4. Ventrikels die Anwesenheit des von einigen Physiologen angenommenen Brechcentrums eine Rolle. Dagegen wurden Erscheinungen, welche unzweifelhaft vom 4. Ventrikel abhängen, Polyurie, Diabetes mellitus, Albuminurie von Verren, Schmidt und Spillmann entschieden beobachtet; als Curiosum sei das Vorwölben des linken Scheitelbeins im Falle von Coyley und Brown erwähnt.

Aus dem Vorhergehenden ist ersichtlich, dass es keine pathognomischen Symptome für die Plexustumoren giebt. Die Symptome zeigen nur die Anwesenheit eines Hydrocephalus internus oder eines Gehirntumors im Allgemeinen an. Audry versucht aber vergeblich, aus dem Verlaufe der Krankheit einige diagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen und endigt seinen Artikel mit folgenden *Sätzen.*

Die Tumoren der plexus choroidei werden im Bereiche „der Seiten" des vierten, selten des dritten Ventrikels angetroffen, werden oft von Hydrocephalus ventricularis begleitet, verbreiten sich nie auf andere Organe und können in einem Gehirne multipel auftreten. Sie entstehen entweder durch Wucherung normaler Elemente (epitheliale, vasculäre Geschwülste, Psammome, Fibrome, Myxome, Lipome) oder durch Auftreten heteroplastischer Elemente (Osteome, Enchondrome, Tuberkel). Oft sind typhöse Entartungen und einfache Hypertrophien notirt, das Vorkommen von Hydatiden und Cysticerken ist entschieden fälschlicherweise zu oft angegeben, Krebs ist seit Rokitansky (2 Fälle) bis jetzt nicht mehr beobachtet worden.

Die Plexustumoren können lange latent bleiben und weisen einen gewissen Symptomencomplex auf. Dieser besteht am häufigsten in einer Depression der intellectuellen Fähigkeiten und gewissen cerebralen Störungen: Erbrechen, Kopfschmerz, im Beginne und im Verlaufe der Krankheit können Zeichen der Gehirnreizung (Delirien epileptiforme Anfälle) auftreten; diese Störungen hängen gewöhnlich vom Hydrops ventriculorum ab. Ferner treten Symptome auf, welche durch die Nachbarschaft wichtiger Centren bedingt werden (Polyurie, Diabetes mellitus, cerebelläre Ataxie, plötzlicher Tod u. s. w.).

Diese Tumoren können am Lebenden nicht erkannt werden.

Literatur.

Fisher, J. L. Taeniae hydatigenae in plexu choroideo nuper inventae historica, Lipsiae 1787.

van Ghert, de plexubres choroideis disquisitiones anatomo-pathologicae. Traject. ad Rhenum 1837, p. 84. (bei Virchow, Geschwülste).

Luschka, Anatomie III. 2. Abth. T. 1. p. 590. Handbücher von Rokitansky, Förster, Virchow, Rindfleisch.

Fälle:

1) Audry (Rev. de médic. 1886. Nro. 11)
2) Guérard (Bullet. soc. anatom. VIII. p. 201).
3) Bergeon (Bullet. soc. anatom. V. p. 137).
4) Boscredon (Bullet. soc. anatom. XXX. p. 199).
5) Walmann (Virch. Arch. XIV. p. 385).
6) E. Haeckel (Virch. Arch. XVI. p. 272).
7) Robin (Gaz. hébdom. 1858).
8) Levrat-Perroton (Thèse de Paris 1859).
9) Recklinghausen (Virch. Arch. XXX. p. 64).
10) Lionville bei Verron.
11) Marcé (Bullet. soc. anatom. XXXVI. 1861)
12) Bennet-Broca (Bullet. soc. anatom. XXXVI. 1861).
13) Beigel (Transact London path. soc. December 1868).
14) Zenker (Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXVIII. 2 p. 201).
15) Arnold (Würtemb. Corresp.-Bl. Journ. 1871. cf. Bernhardt, Geschwülste).
16) Garrod (Lancet 1873 March.).
17) Demange (Bull. soc. anat. 1874).
18) Bourdon (Memoirs sur les maladies de bulbe bei Verron).
19) Chouppe (Thèse de Verron 1874).
20) Cayley and Brown (Transact. path. Soc. 1876).
21) Chambard (Encéphale 1881).
22) Spillmann (Arch. de médic. 1882).
23) Obersteiner (Centralbl. f. Nervenheilk. 1882, p. 145—147).
24) Stedman (Boston med. Journ. 1883. p. 135).
25) Douty (Brain October 1885).

Verron, Th. de Paris 1874 sur les tumours de 4. ventricule.

Hinze (St. Petersburg).

94) **George B. Swasey** (Portland, Me.): Embolism of the Medulla. (The Med. Record. 14. Aug. 1886.)

Ein 32 jähriger Mann, der dem Trunke ergeben war, auch in seinem 29. Jahre an Schanker gelitten hatte, erwacht eines Morgens nach gutem Schlafe auf und kann weder sprechen noch schlucken; dabei hat er Schmerz in der Sternalgegend, Klingen im rechten Ohre, Gefühl des Schwindels; ferner findet sich Parese der Beine (namentlich des rechten), der Arm-, der Mund- und Zungenmuskulatur, der rechten und im geringerem Grade auch der linken Gesichtshälfte, Temperatur- und Pulssteigerung, keuchendes Asthma, mässig erweiterte Pupillen, Herabsetzung der meisten Hautreflexe, Steigerung der Patellarreflexe, normale psychische Functionen. Unter Ergotin- und Brom-Behandlung tritt ziemlich schnelle Besserung ein. — Verf. hält den Fall, bei dessen Besprechungen er näher auf die differentielle Diagnose eingeht, für eine Embolie einer Vertebralarterie, wagt aber nicht zu entscheiden, welcher Arterie. Voigt (Oeynhausen).

---

95) **George L. Peabody** (New-York): Sarcoma of the cerebellum in the child of a sarcomatous mother. (Sarcom in dem Kleinhirn des Kindes einer sarcomatösen Mutter.) (The Medic. Record. 26. Juni 1886.)

Das Hauptinteresse dieses Falles liegt darin, dass die 24jährige Mutter des an Kleinhirnsarcom gestorbenen Kindes von ihrem 16. Lebensjahre ab an Sarcombildung im Nacken und Rücken litt: es fand operative Entfernung von 3 solcher Tumoren statt. — Das 3jährige Kind hatte plötzlich Kopfschmerz und Fieber bekommen, wurde unfähig zu gehen, war zeitweise ruhelos, zeitweise stupid, hatte normale, aber träge auf Licht reagirende Pupillen, geringen Strabismus intern., Steifigkeit der Nackenmuskulatur, keine Krämpfe — ein Krankheitsbild, das sich innerhalb 14 Tagen entwickelte. Dann verschwand die Nackenstarre, es entstand Ptosis beider Augenlider, Stuhlverstopfung, Urinverhaltung, linksseitige Facialis-Paralyse. (Augenhintergrund, Temperatur, Respiration, Puls normal.) Nach 10 tägigem Catheter-Gebrauche entstand Cystitis und Balanitis, das Kind wurde mehr und mehr stupide, fing an an Bronchitis zu leiden und starb etwa 5 Wochen nach dem ersten Auftreten der Symptome, nachdem es wenige Stunden zuvor krampfartige Zuckungen in Händen und Füssen, starke Temperatursteigerung, vollkommene Ptosis, stark contrahirte und nicht reagirende Pupillen gezeigt hatte. *Sectionsbefund:* Pons und Medulla sehr abgeflacht, Cerebellum stark hervorragend. Ein Verdicalschnitt durch die Mittellinie des Gross- und Kleinhirns trennt in fast genau gleiche Hälfte einen weichen, die schmale Seite nach vorn wendenden Tumor (Längsdurchmesser 6,5 C., Verticaldurchmesser 5 C. längster schräger Durchmesser 4 C.), der ein schmales Rundzellen-Sarcom, die innern 2 Drittel der weissen Substanz jeden Lappens einnimmt, sich von den Corpor. quadrigem. bis unterhalb der Pyramidenkreuzung erstreckt, in seinem vordern obern Theile jederseits von dem sehr abgeflachtem Corp. quadrig. bedeckt wird, mit dem Boden des 4. Ventrikels vollständig

zusammenhängt, jedoch die Substanz des Pons und der Medulla um etwa 1 Millimeter tief einnimmt; Aquäductus Sylv. und 4. Ventrikel erscheinen vollständig obliterirt. Voigt (Oeynhausen).

---

96) **Purjess** (Klausenburg): Von der Sclerosis lateralis amyotrophica. (Orvosi Hetilap Nro. 50. 1886.)

P. stellt in der Sitzung vom 12. November 1886, der ärztl. Section des siebenbürger Museums einen Fall vor, der durch seine Seltenheit, besonders aber durch jenen Umstand an Interesse gewinnt, dass die Krankheitsform heute noch von vorzüglichen Forschern bestritten wird.

Die 51jährige, mittelgrosse Pat. ist von variabler Gemüthsstimmung. Ihre Aussagen bezüglich der Anamnese sind nicht stichhaltig, denn bei wiederholtem Befragen widerspricht sie sich. Der Gesichtsausdruck der Kranken ist besonders im unteren Theile des Gesichtes, stark, die Lippen sind schmal, der Mund breit, die Sulci nasolabiales tief, so dass das Gesicht an das einer Weinenden erinnert. Die einzelnen Buchstaben spricht zwar die Kranke deutlich aus, bei zusammenhängender Sprache aber, wird letztere monoton, unverständlich. Das Schlücken besonders von Flüssigkeiten ist erschwert. Die Körperhaltung ist auch verändert: der Oberkörper wird vorgebeugt und starr gehalten. Beim Gehen (mit genügender Unterstützung) sind die Unterextremitäten starr und stramm; die Knie werden nicht gebeugt, die Unterschenkel nicht gehoben, sondern die, wie zur Erde geklebten Füsse werden in kleinen Schüben und kleinen Excursionen nach vor- und etwas seitwärts geworfen. Unterdess ist die Muskulatur der Unterextremitäten starr, bretthart. In liegender Stellung findet man, dass die Unterextremitäten *nicht* gelähmt sind, dass jedoch die Motilität derselben beschränkt ist. Auch die Bauchmuskeln sind gespannt und starr. Die Motilität der Oberextremitäten besonders der Hände ist auch beschränkt; Drücken z. B. kann die Kranke nicht. Eine bemerkbare Abnahme der Muskeln ist besonders am Thenar und Antithenar sowie an den Extensoren der Unterarme zu beachten; die Furchen zwischen den Mittelhandknochen sind tiefer. Auffallend sind weiterhin die erhöhten Sehnen- und Periostreflexe. In der electrischen Reizbarkeit der Muskeln und Nerven sowie in der Function der Blase und Mastdarmes ist keine Abweichung. Pat. ist schon zu wiederholtem Male auf der Klinik des Verf. und waren die beschriebenen Symptome wenn auch in viel geringerem Grade auch schon früher zu beobachten; die Symptome entwickelten sich also langsam und beiderseits gleichmässig.

Verf. hebt ganz besonders hervor, dass sich die pathologischen Veränderungen bei dieser Krankheitsform auf den *ganzen* motorische Apparat erstreckt und dass die Sehnenreflexe erhöht sind, während bei der Atrophia musculorum progressiva *nur ein Theil* dieses Apparates erkrankt ist und die Sehnenreflexe bei der Atrophie m. p. erloschen sind.

Verf. stellt sich ganz auf die Seite Charcot's der diese Form zuerst beobachtet und beschrieben hat. Pollák (Budapest).

---

97) **Julius Althaus** (London): Some phases of cerebral syphilis. (Einige Erscheinungen cerebraler Syphilis.)

(The Medic. Rec. 16. October 1886.)

Nachdem Verf. einen kurzen Geschichtsabriss der Lehre von der Hirnsyphilis gegeben, bespricht er eingehend das syphilitische Coma und die syphilitische Hemiplegie. Ersterem, das er 8 mal zu beobachten Gelegenheit hatte, pflegen Kopfschmerz, Schwindel, Betäubungsgefühl, Mouches vol., Taubheitsgefühl und Schwäche in den Gliedern etc. vorherzugehen; einige Stunden oder Tage später setzt dann, gewöhnlich während des Nachtsschlafes, das Coma ein, aus welchem der Kranke schwer zu erwecken ist: gelingt dies, so beantwortet er das Geheiss, die Zunge herauszustrecken, mit schwachen Lippen- oder Zungenbewegungen, sagt auf die Frage, ob er sehen könne, dass er blind sei, versucht in den Mund geschobenen Substanzen hinunterzuschlucken. Im übrigen liegt er ruhig, blassen Gesichts, geschlossenen Auges da und hat in die Orbita gesunkene, gewöhnlich etwas reagirende Augäpfel, sowie kleine auf Licht reagirende Pupillen; die gesammte Muskulatur ist im Zustande vollständiger Erschlaffung, Urin und Fäces gehen unfreiwillig ab, Sensibilität und Reflexerregbarkeit zeigen sich vermindert oder aufgehoben, der Puls verlangsamt, die Respiration oberflächlich und langsam, die Körpertemperatur oft beträchtlich erniedrigt, die Haut trocken (in 2 Fällen herpes faciau.) — kurz, es bestehen zu gleicher Zeit Symptome von Reizung und Depression gewisser Theile des Hirns und der Medulla. Nach 2—3 Tagen erfolgt dann bald schneller bald langsamer zunehmende Besserung oder Uebergang in das letzte, tödtliche Stadium; in letzterem Falle tritt innerhalb 24—36 Stunden unter Collapserscheinungen, Steigerung der Temperatur, der Respirationen, des Pulses, Erweiterung der Pupillen u. s. w. der Tod ein — nach Verf's. Ansicht in Folge von Alterationen der Art. basil. (Verschluss etc.). Nachdem derselbe sodann die differentielle Diagnose dieser Affection und anderer ähnlichen Formen des Coma besprochen, die Prognose als ungünstig hingestellt (von seinen 8 Patienten starben 2), und hinsichtlich der Behandlung von kalten Douchen gewarnt, dagegen zur Abwendung drohender Lebensgefahr subcutane Aether-Injectionen, im Uebrigen Schmiercur empfohlen hat, geht er auf die *syphilitische Hemiplegie* über. Die verschiedenen Typen derselben haben nach ihm das Gemeinsame, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle (95⁰/₀) um Männer im Alter von 18—40 Jahren handelt und dass die Sehnenreflexe der paretischen Glieder meist hochgradig gesteigert sind. Letzteres Symptom aber ist nach Verf. überhaupt äusserst wichtig: denn wenn auch gewisse Erscheinungen, wie das Eintreten der Hemiplegie ohne apoplectischen Anfall, ihr Auftreten nach voraufgegangenem heftigen Kopfschmerz, das Unvollkommen-Sein und Bleiben der Lähmung, die Parese der Augenmuskeln u. s. w.

auf syphilitischen Ursprung deuten (Verf. erzählt einzelne betreffende Fälle) so ist jenes Symptom doch das einzige pathognomische. Verf. schliesst seinen gehaltreichen Vortrag mit der Aufforderung, so früh als möglich specifisch zu behandeln, da jede Behandlung vergebens ist, so bald sich secundäre Läsionen und Zerstörungen ausgebildet haben.

Voigt (Oeynhausen).

---

98) **Gg. Fischer** (Cannstatt): Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. (Neurolog. Centralbl. Nro. 4. 1886.)

Der vom Verf. besprochene Kranke, ein 21 Jahre alter, hereditär nicht belastete Bauernsohn, hatte mit $16^1/_2$ Jahren selbst die ersten Anzeichen der Krankheit wahrgenommen. Die Erscheinungen der Thomsen'schen Krankheit, wie sie die Autoren beschreiben, sind bei dem Kranken charakteristisch ausgeprägt und erstrecken sich auf die Muskulatur der Extremitäten, des Rumpfes, des Halses, der Zunge, die Masseteren, das Facialisgebiet, vielleicht auch auf die Augenmuskeln.

Verf. beobachtete an diesem Kranken bis auf kleine Differenzen die von Erb aufgestellte *„myotonische"* Reactionsform; er fand aber keine deutlich gesteigerte Erhöhung der direkten elektrischen Muskelerregbarkeit, wenigstens keine Herabsetzung der Schwellenwerthe. Ferner konnte er — auch vom Nerven aus — keine KOZ erzielen.

Die von Erb beschriebenen eigenthümlichen rhythmischen Contractionswellen, welche Eulenburg und Melchert vermissten, konnte Verf. während der Einwirkung der Batterieströme constatiren. „Wenn eine grosse Elektrode auf dem Kreuz, eine mittelgrosse auf der Grenze zwischen Muskelbauch und Sehne des M. gastrocnemius dexter steht, so treten bei Einwirkung eines Stromes von 15—20 M-A. langsame wellenförmige Contractionen in dem genannten Muskel auf, deren Richtung schwer zu bestimmen ist und die sich in Pausen von 15—30 Sekunden folgen. Allmählich wird die Wellenrichtung von der Ka nach der An deutlich. Nach VA bleibt der Muskel einige Zeit in Contraction stehen, dann deutliche und rhythmische Wellen von der Ka zur An. Die Contractionen wechseln in den verschiedenen Bündeln des Muskels und im Tempo, ohne dass die Electrode verrückt, oder die Intensität des Stromes verändert wurde". Am folgenden Tage: Rhythmus jetzt 2—3 pro Sekunde. Richtung Ka = An; bei VA und umgekehrter Stromrichtung (An auf dem Muskel) ist die Einwirkung nur undeutlich. Es tritt überhaupt jedoch bald Abschwächung des Phänomens ein. Bei faradischem Strome und gleicher Anordnung der Elektroden schon bei mässiger Stromstärke rhythmisches Oscilliren des Muskels mit einer Frequenz von ca. 200 pro Minute. Verf. konnte die Erscheinungen nur an einzelnen Muskeln erzielen und schiebt die Schuld technischen Dingen zu.

Die microscopische Untersuchung eines aus dem M. biceps brachii herausgeschnittenen Muskelstückchens ergibt am frischen Präparat Verdickung der Muskelfasern und Strukturveränderung in der Weise, dass sich nirgends schöne Querstreifung findet. Die Contouren der

Fasern sind nicht glatt und zeigen kleine Wulstungen, unregelmässige Einkerbungen, quere Furchen und Risse. Schnitte am gehärteten Präparat zeigen die von Erb beschriebenen Veränderungen. (Von letzterem auch in diesem Falle untersucht.) Goldstein (Aachen).

---

99) **F. J. Pasternatzky:** Ueber die Ungleichheit der Pupillen bei inneren Krankheiten. (Wratsch Nro. 51. 1886.) russisch.

Verf. gibt als vorläufige Mittheilung eine Reihe von Beobachtungen, die ihn zu folgenden Schlüssen führen:

1. Die Ungleichheit der Pupillen bei inneren Krankheiten ist entgegen der allgemeinen Annahme sehr oft zu treffen.

2. Am häufigsten trifft man sie bei den inneren Krankheiten, welche, wenn sie auch von allgemeinen Störungen des Organismus begleitet sind, doch eine bestimmte und dabei vorzugsweise einseitige Localisation haben, wie croupöse Lungenentzündung, Pleuritis, chronische katarrhalische Pneumonie, Nieren- und Leberkolik etc. Nicht weniger häufig begegnet man ihr auch bei Herzleiden und Aneurismen der Aorta; seltener bei Typhus und Skorbut und anderen Krankheiten, wo sie meist beim Eintritt von Complicationen zur Beobachtung kommt.

3. Beachtet man die Häufigkeit und zugleich die nicht selten vorhandene Regelmässigkeit in den Veränderungen der Pupillen (anfangs Erweiterung dann Verengerung) bei so veränderlichen Krankheiten wie die croupöse Lungenentzündung und im Gegensatze dazu die Beständigkeit und Unveränderlichkeit der Erscheinungen bei organischen Herzleiden und Aortenaneurismen, das seltenere Auftreten derselben bei anderen Leiden (Pleuritis, Schwindsucht) und endlich das Auftreten derselben beim Eintritt bestimmter Complicationen bei Typhus und Scorbut, so kann man nicht umhin zuzugeben, dass ein enger Zusammenhang und eine Abhängigkeit zwischen der Unregelmässigkeit der Pupillen und dem Grundleiden oder den sie begleitenden Complicationen existirt.

4. Die Ungleichheit der Pupillen, welche hinreichend deutlich ausgeprägt und von keinen anderen sichtbaren Störungen des Gesichts begleitet ist, muss als nervöse Reflexerscheinung aufgefasst werden, welche durch zur Zeit noch unbekannte Veränderungen des sympathischen Nervensystems hervorgerufen wird.

5. Obgleich Verf. noch nicht entscheiden kann ob in jedem Einzelfalle die scheinbar verengerte oder vergrösserte Pupille die veränderte ist, so hat er doch speciell bei croupöser Lungenentzündung mit Sicherheit constatirt, dass die Veränderung der Pupillen sowohl in der Form von Erweiterung als auch Verengerung auftreten kann.

Buch (Willmanstrand, (Finnland).

---

100) **Wiglesworth:** Peripheral neuritis in Raynaud's Disease. Symmetrical Gangrene. (Periphere Neuritis bei symmetrischer Gangrän.) (Brit. Med. Journ. 8. Januar 1887.)

26 jährige Frau, Epileptica, symmetrische Gangrän an oberen und unteren Extremitäten. Bei der Section fand W. in verschiedenen

zu den gangränösen Bezirken gehörigen Nerven Hyperplasie des Bindegewebes im Epi-, Peri- und Endoneurium, Athrophie und Degeneration der nervösen Elemente. Am auffallendsten war jedoch die grosse Weite der perineuralen Lymphräume, verursacht durch den Schwund der Nervenbündel. Die Räume waren durchsetzt von losem, maschigem Bindegewebe mit spärlichen Kernen, das mit dem verdickten Endoneurium durch Bindegewebsbalken verbunden war. Die geschilderten Veränderungen waren deutlicher gegen die Peripherie zu als gegen das Centrum. Das Rückenmark selbst zeigte nur ganz geringe Veränderungen. In den peripheren Nerven schien der parenchymatöse Process das primäre, die Hyperplasie des Bindegewebes dagegen secundär zu sein.

Brandenburg (Halle).

---

101) **James Ross:** On peripheral neuritis. (Periphere Neuritis.) (The Brit. Med. Journ. 1. Jan. 1887.)

Verf. bespricht die Aetiologie, die Symptome und die differentielle Diagnose der pheripheren Neuritis. Von 48 Fällen R.'s führten 26 in der Zeit von 9 Tagen bis 5 Monaten zum Tode. Diese waren complicirt mit Granular- Atrophie der Nieren, mit Bronchopneumonie oder mit Paralyse der Respirationsmuskeln.

Von den übrigen 22 Fällen hatten die Meisten nach 4 Monaten leidlichen Gebrauch ihrer Glieder wiedererlangt. In einem Falle war noch nach 3 Jahren eine Besserung eingetreten. Die Krankheit setzt ein an den peripheren Nerven, ob als Degeneration oder Entzündung, ob parenchymatös oder interstitiell will R. nicht entscheiden. Das Rückenmark kann secundär erkranken.

Brandenburg (Halle).

---

102) **Thomas Buzzard:** Some points in the pathology of multiple neuritis. (Ueber einige Punkte in der Pathologie der multiplen Neuritis.) (Brit. Med. Journ. 1. Januar 1887.)

Die gleichzeitige und gleichartige Affection so vieler peripherer Nerven bei der multiplen Neuritis legte die Annahme nahe, dass eine Veränderung in den nervösen Centralorganen die erste Ursache der Krankheit sei. Bei dem Fehlen palpabler Erkrankung der letzteren müssen die Veränderungen derselben functioneller Natur sein (Duchenne, Watteville), müssen wohl in den Ganglienzellen sitzen (Erb). — Mit dieser Hypothese lässt sich schwer vereinbaren die Thatsache, dass die palpablen Veränderungen an den peripherischen Nerven nicht in dem Auswuchs des Ganglienzellenfortsatzes, dem Axencylinder, beginnen, sondern in dem umhüllenden Myelin.

Gleichwohl lässt sich nach B. mit dieser Thatsache die Hypothese eines centralen Beginnes vereinigen, wenn man als das primär erkrankte ansehen will die vasomotorischen Centren in Rückenmark und Medulla oblongata.

Die kleinen und kleinsten Arterien entsprechen nämlich in ihrer Verbreitung den Nerven. Wird durch einen Process an den vasomotorischen Centren nun der Tonus dieser Gefässchen dauernd verändert, so leidet in erster Linie das von ihnen aus ernährte Nervenmark.

So ist also die periphere multiple Neuritis eine secundäre Erscheinung, bedingt durch eine Veränderung in der Circulation der die Nerven ernährenden Gefässchen, und diese wieder hat als Ursache eine Affection der vasomotorischen Centren, oft gewiss infectiöser Natur.

Von solch einer Veränderung der vasomotorischen Centren in der Medulla spinalis ist wahrscheinlich bedingt die symmetrische Gangrän, wie sie nach Diphtherie beobachtet worden. Auch die trophischen Störungen im Verlaufe vieler Rückenmarkskrankheiten mögen nach B. direct verursacht sein durch Uebergreifen des Krankheitsprocesses auf die vasomotorischen Centren. Brandenburg (Halle).

---

103) **Helbing** (Heidelberg): Zur Behandlung des Spasmus glottidis phonatorius. (Münch. med. Wochenschr. Nro. 30. 1886.)

Verf. erzählt einen Fall von Spasmus glottidis — bekanntlich einer Affektion, bei welcher die verschiedensten Mittel theils mit, theils ohne Erfolg versucht sind — in welchem eine einmalige Bepinselung des Larynx mit einer 10proc. Cocainlösung, von Jurasz applicirt, eine halbjährige Besserung erzielte. Eine zweite Bepinselung war von demselben prompten Erfolge begleitet, der bis jetzt angehalten hat.

Goldstein (Aachen).

---

104) **Delmis:** Du bromhydrate de cocaine. (Cocainum hydrobromatum.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 143.)

Diese schon seit einiger Zeit in Deutschland bekannte Drogue, amorph, geruchlos, leicht löslich im Wasser, von angenehmem Geschmack und weisser Farbe, besitzt die Eigenschaft, in der Gabe von 0,01 – 0,1 vorzugsweise Reizzustände des Rückenmarks und solche Nervenstörungen, welche in Atonie und Schwäche ihren Grund haben, zu beseitigen.

Mehr noch leistet dieselbe in Fällen von Hysterie, Epilepsie und Spasmus oesophagi, ferner bei Dyspepsie, wenn diese auf Gastralgie beruht, sowie bei Neuralgien älteren Datums.

Ausserdem wird dem fraglichen chemischen Agens nachgerühmt, dass es ein kostbares Mittel gegen die Seekrankheit und gegen das Erbrechen der Schwangeren sei. Pauli (Köln).

---

105) **Larger** (Paris): Nouveaux faits pour servir à l'histoire de l'étiologie du tetanus. (Neue Argumente für die Aetiologie des Tetanus.) (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 141.)

Nachdem L. schon früher die Behauptung aufgestellt und Verneuil zu Gunsten derselben gesprochen hat, dass der Tetanus zu den Infectionskrankheiten gehöre, beruft sich Ersterer zur Bestätigung seiner Behauptung zunächst auf die im Hospitale zu Colmar von Maker

und sodann auf die anderweitig von Aerzten und Thierärzten gemachten Erfahrungen, welche insgesammt den Schluss zulassen, dass gewöhnlich Ansteckung und nur sehr selten Erkältung als das ursächliche Moment des Tetanus anzusprechen seien. Pauli (Köln).

106) **Lagrange** (Paris): Valeur thérapeutique de d'elongation des nerfs. (Therapeutischer Werth der Nervendehnung.) (Paris 1886.)

Wir haben ein von der Société de Chirurgie zu Paris preisgekröntes Werk vor uns, dessen Inhalt sich auf 400 aus der Literatur zusammengetragene Fälle von Nervendehnung stützt. Nach einer historischen Einleitung werden Nervendehnung und Nervenresektion verglichen, dann die Ausführung der Dehnung besprochen, dann die Gefahren der Operation und ihre Indication beleuchtet. Man soll die Dehnung nur an gemischten Nerven vornehmen, während für die sensiblen Nerven die Resection das geeignetere sei. Ein sehr ausführliches Verzeichniss der vorliegenden Fälle bildet den Schluss der compilatorischen Arbeit. E.

107) **Sawatzky** (Kursk): Ueber Heilung der Dipsomanie mit Strychnin. (Russkaja Medicina 43 u. 44. 1886.) russisch.

Verfasser beschreibt ausführlich 4, zum Theil sehr interessante Fälle von periodischer Trunksucht, die er vom gewöhnlichen Alcoholismus streng unterschieden wissen will, obgleich sie sich meist aus demselben entwickele. Er behandelte dieselben mit schwefelsaurem Strychnin innerlich 0,003 pro dosi zweimal täglich meist in Form von Pillen und liess dasselbe bis 2 Monate lang fortbrauchen, dann aussetzen, um sofort bei den ersten Anzeichen eines nahenden Anfalles wieder damit zu beginnen, mit dem Erfolge, dass keiner von den an schwerer Dipsomanie leidenden Pat. seitdem einen Anfall gehabt hat. Beobachtungsdauer der Fälle 1—2 Jahre.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

108) **August Oebbecke** (Illenau): Vergleichende Uebersicht der Classification der Psychosen. (Würzburger Inaug.-Diss. 1886.)

Eine kleine, vom geschichtlichen Standpunkte aus sehr verdienstliche Arbeit, die grösster Verbreitung werth ist. E.

109) **Laehr** (Schweizerhof): Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfdisciplin in allen Ländern. (Berlin, Januar 1887. II. verm. u. verb. Auflage.)

Die zweite Auflage dieses Buches ist gegen die erste ganz erheblich vergrössert. Verf. hat mit erstaunlichem Fleisse bemerkenswerthe Daten zusammengetragen und übersichtlich geordnet. Das Aufsuchen wird durch Inhaltsverzeichnisse erleichtert. Auch diese Arbeit hat grossen Werth für die Lehre von der Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie und verdient weiteste Verbreitung. E.

110) **J. Lyer Bristowe**: An adress on the early recognition of general Paralysis of the insane, and the relations between this disease, tabes dorsalis and disseminatet sclerosis: (Vortrag über die frühzeitige Erkennung der Allgemeinen Paralyse der Irren und über die Beziehungen zwischen dieser Krankheit, Tabes dorsalis und disseminirter Sclerosis.)

(The Brit. Med. Journ. 1. Januar 1887.)

Die Anfänge der progressiven Paralyse der Irren gleichen in weniger typischen Fällen, wenn die psychische Depravation nicht ausgesprochen ist, einer beginnenden Tabes oder multiplen Sclerose ausserordentlich, eine Thatsache, die von vielen Aerzten und solchen, die es werden wollen, nicht genügend gewürdigt werde. B. lenkt deshalb an der Hand von 10 Krankengeschichten die Aufmerksamkeit auf einige für die eine oder andere Diagnose entscheidende Symptome.

Auf Paralyse weisen in zweifelhaften Fällen hin: Ungleichheit der Pupillen, Zittern der Lippen beim Sprechen und den epileptischen ähnliche Anfälle mit nachfolgenden psychischen Aufregungs- oder Depressionszuständen.

Andererseits kommen auch spinale Affectionen combinirt mit psychischen Symptomen vor, die man Anfangs wohl für beginnende Paralyse hält, während der weitere Verlauf ihren rein spinalen Sitz darthut.

Brandenburg (Halle).

---

111) **Halsey L. Wood** (New-York): The importance of an early diagnosis in cases of general paresis. (Die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose in Fällen allgemeiner Paralyse.)

(The Medic. Rec. 24. Juli 1886.)

Verf. sucht diese Wichtigkeit weniger darin, dass man dem betreffenden Kranken leichter Hilfe bringen, als vielmehr darin, dass man ihn daran hinderen könne, durch Ausführung seiner grossartigen Projecte u. s. w. seine Angehörigen pecuniär zu schädigen oder gar zu Grunde zu richten — ein Vorkommniss, das nach seiner Erfahrung um so häufiger sei, als die Krankheit in ihrem ersten Stadium von den practischen Aertzten gar oft nicht erkannt wurde. Er hält es deshalb für nicht überflüssig, namentlich die Aetiologie und Symptomatologie der Erkrankung zu besprechen, bringt darin aber Nichts wesentlich Neues.

Voigt (Oeynhausen).

IV. Aus den Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steiermark.

XIV. Monatsversammlung am 13. Dezember 1886.

112) **Eberstaller**: *Ueber das Stirnhirn.* Der Vortragende präcisirt zunächst Begriff, Umfang und Eintheilung des menschlichen Stirnhirns, wobei er die Angabe macht, dass nach seinen mehrere Hunderte von Hemisphären umfassenden Untersuchungen der sogenannte „Vierwin-

dungstypus" des menschlichen Stirnhirns Regel sei, indem die vordere Hälfte der mittleren Stirnwindung constant zweigespalten ist; je nachdem diese „mittlere" Stirn*furche* weiter nach hinten reicht oder mit der oberen (bis auf eine Tieferwindung) confluirt, beschrieben nun die Autoren einmal 3, ein andermal 4 Stirnwindungen. — Uebergehend auf die Frage der Analogie des Stirnhirns der Thiere mit jenem des Menschen, erklärt sich der Vortragende für die Broca'sche Auffassung, welche den Sulcus präsylvius Meynert's am Säugethierhirn für das Analogon der Rolandsspalte des menschlichen Hirnes hält, und demonstrirt an der Hand eigens zu dem Behufe verfertigter Wandtafeln, welche bei in die Schädelhöhle eingezeichneten Gehirnen die natürlichen Verhältnisse in vergrössertem Massstabe möglichst genau wiedergeben, 1. dass der als Stirnlappen zu bezeichnende Hemisphärentheil der Thierhirne in der Reihenfolge Primaten, Carnivoren, Ungulaten sowohl absolut als relativ an Grösse abnimmt: 2. dass er in gar keiner Beziehung zur Grösse des Stirnbeines der betreffenden Thiere steht. Bei den Carnivoren und Ungulaten liegt die als hintere Grenze des Stirnlappens zu bezeichnende Centralfurche weit vor der Kranznaht des Schädels, bei den Affen fällt jene mit dieser so ziemlich zusammen, beim Menschen hingegen reicht das Stirnhirn bis *hinter* das Stirnbein. — Auf die Frage übergehend warum wir über den physiologischen Werth des Stirnhirnes, die Gegend der beiden Centralwindungen ausgenommen, eigentlich so wenig Positives wissen, findet der Vortragende die Erklärung: 1. in der schweren Zugänglichkeit jener Hirnrinden-Gebiete, welche dem Stirnhirne des Menschen entsprechen, für die experimentelle Untersuchung an den zumeist benützten Versuchsthieren; 2. in dem Mangel solcher Rindentheile am Thierhirne, welche den eigentlichen Stirnwindungen des Menschen analog sind, indem die meisten Thiere eigentlich nur eine vordere Centralwindung besitzen. Erst bei den Affen finden wir $1^1/_2$ und erst bei den Anthropoïden $2^1/_2$ Stirnwindungen.

Der physiologische Werth der Grösse des Stirnhirns scheint dem Vortragenden im Sinne der Localisations-Theorie höchst wahrscheinlich in der grossen manuellen Fertigkeit des Menschen gegenüber den Thieren zu liegen: während die Thiere ihre Extremitäten immer nur als Ganzes bewegen, verfügt der Mensch, jeden Finger einzeln bewegend, eigentlich über *zehn vordere Extremitäten.* Die starken Associationsbahnen der weissen Substanz, welche das Rindengebiet des Sehnerven mit der Rinde des Stirnhirns unter dem Namen Fasciculus longitudinalis superior verbinden, scheinen ebenfalls für diese Auffassung zu sprechen, und werden erklärlich, wenn wir das grossartige Zusammenspiel des Auges mit den Fingerbewegungen beim Schreiben, Zeichnen, Malen, nicht minder wie beim Zielwerfen, Kegelschieben u. dgl. in's Auge fassen. K.

II. Pathological Society of London.

Sitzung vom 31. December 1886. (Brit. Med. Journ. 1. Januar 1887.)

113) **Angel Money** berichtet über einen Fall von congenital syphilitischer Geschwulst in der Grösse einer kleinen Orange in der rechten

Grosshirnhemisphäre und Aneurysma im Septum ventriculorum cordis, bedingt durch syphilitische Veränderungen im Myocord, bei einem fünfjährigen Kretin.

114) **Hadden** berichtet über drei neue und zwei schon publicirte Fälle von Alkoholparalyse mit Tuberculose complicirt und tödtlichem Ausgang. In den vier Fällen, in welchen das Nervensystem untersucht worden war, wurde das Rückenmark stets gesund gefunden, die peripheren Nerven zeigten parenchymatöse und interstitielle Veränderungen, in zwei von diesen Fällen waren die perineuritischen Erscheinungen deutlicher als die Degeneration. — Die Muskeln wiesen mehr weniger ausgeprägte parenchymatöse und interstitielle Veränderungen auf. In der Disscussion werden noch einige ähnliche Fälle aufgeführt, bei denen Nerven und Muskeln degenerirt waren, während das Rückenmark anscheinend gesund war.

Brandenburg (Halle).

III. Medical Society of London.

Sitzung vom 20. December 1886. (Brit. Med. Journ. 1 Januar 1887.)

115) **Ord** stellt einen Fall vor von chronisch hypertrophischer Cervical-Pachymeningitis bei dem nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen eine Reihe verschiedener Störungen blieb, unter denen besonders die motorischen wichtig sind, weil sie einiges Licht werfen auf die Localisirung der Muskelcentren im Rückenmark.

Brandenburg (Halle).

IV. Nottingham Medic. Chirurgical Society.

Sitzung vom 19. November 1886. (Brit. Med. Journ. 1. Januar 1887.)

116) **Pryor** demonstrirt einen Fall von Myxoedem bei einer 57jährigen Frau. Als Ursache werden bezeichnet schnell folgende normale Geburten und Aborte, oftmaliges protrahirtes Stillen, Kummer und Sorgen. Der Fall zeigte die gewöhnlichen Symptome. Die Harnstoffausscheidung war vermindert (1,188 p. c.) Temperatur subnormal, Puls ca. 65. Ueber das Verhalten der Schilddrüse wird nichts angegeben.

Brandenburg (Halle).

V. Medical Society of the country of New-York.

Sitzung vom 18. Octbr. 1886. (The. Medic. Rec. 23. Oktbr. 1886.)

117) **Julius Althaus** (London): *Tetany and Tetanilla.*

Die Tetanie, von welcher Erkrankung Althaus 10 Fälle (4 M. 6 Frauen) beobachtet hat, pflegt nach ihm wesentlich solche Leute zu ergreifen, die ein schwaches, reizbares Nervensystem haben; die Gelegenheitsursache gibt dann gewöhnlich eine beliebige Organerkrankung ab. A. meint, die Ansicht, dass sie zeitweise epidemisch aufgetreten, sei nicht richtig, vielmehr habe es sich in den betreffenden Fällen wahrscheinlich um Hysterie oder Spinal-Meningitis gehandelt; sie sei eine functionelle Erkrankung, der eine hochgradige Reizbarkeit der Riesenzellen der grauen Substanz des Vorderhirnes zu Grunde liege. —

Die von ihm zuerst erkannte *Tetanilla* oder, wie Friedreich diese Erkrankung nannte, der paramyclonus multiplex, finde sich gleichfalls vorwiegend bei nervösen Leuten, namentlich bei Masturbanten, zeige im Gegensatze zur Tetanie keine Verminderung der Muskelkraft und normale electrische Erregbarkeit, und bestehe in einem klonischen, gewöhnlich symmetrischen Krampfe. Ihre Behandlung müsse psychisch sein, während sich gegen die Tetanie neben Aufbesserung der allgemeinen Körperernährung etc. (Cloralhydrat, Jod- oder Bromkali, vor Allem zur Abkürzung das zuweilen das Leben bedrohenden Krampfes (Spasmus der Respirationsmuskeln) subcutane Pilocarpin-Injectionen empfehlen.

Hammond sagt, die Discussion eröffnend, dass eine Menge leichter zur Heilung kommenden Fälle von Tetanus wahrscheinlich in Wirklichkeit zur Tetanie gehören, gibt die differentielle Diagnose zwischen diesen beiden Erkrankungen und meint schliesslich, dass die Ursache der Tetanie in einer Erkrankung der grauen Substanz der vordern Seitenstränge und der Hinterhörner zu suchen sei. Heitzmann hat in seinem von Althaus angezogenen Falle in den motorischen Ganglienzellen der Vorderhörner mit seröser Flüssigkeit angefüllte Vacuolen gefunden, woraus sich vielleicht die gute Wirkung des Pilocarpin erkläre.

Voigt (Oeynhausen).

VI. Mississippi Valley Medical Society.

Quincy, Illin., am 12. Juli 1886. (The Medic. Rec. 21. Aug. 1886.)

118) **A. C. Bernays** (St. Louis): *Ligating both vertebral arteries.* (Ligatur beider Vertebralarterien.)

Ein 12 jähriger Knabe litt seit 7 Jahren an epileptischen Krämpfen die zuweilen einige Wochen aufhörten, dann wieder täglich in oft mehr als 100 Anfällen sich zeigten. Unmittelbar nach der Unterbindung beider Vertebralarterien (Verf. stellt die Operation als eine nur scheinbar schwere hin) stieg der Puls auf 180, die Respiration auf 58; innerhalb 2 Tagen trat wieder der Normalzustand ein. Verf. erklärt dies Verhalten daraus, dass durch Unterbindung der die Medulla obl. fast allein mit Blut versorgenden arter. vertebr. die nn. vagi plötzlich ihrer Nährquelle beraubt werden, so dass die Beschleunigungscentren des n. sympathic. das Uebergewicht erhalten. — Uebrigens war der Knabe, so lange er im Hospital beobachtet wurde (wie lange?) frei von epileptischen Anfällen. Voigt (Oeynhausen).

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 1. März 1887. | Nro. 5.

Inhalt.

I. Originalien. I. Ueber aufsteigende Lähmung nach Keuchhusten. Von P. J. **Möbius**. II. Der erste psychiatrische Congress in Russland. Von Dr. **Hinze** in St. Petersburg.

II. Referate und Kritiken. **Ferrier**: Die Functionen des Gehirns. **Seppilli**: Ueber den sechsten Hirnventrikel. **Wichmann**: Geschwülste und Höhlenbildung im Rückenmark mit neuem Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie monographisch bearbeitet. **Sachs**: Beitrag zur Lehre von den Tumoren des Rückenmarks. **Gray**: Läsion beider Schläfenlappen ohne Worttaubheit oder Taubheit. **Gibney**: Ist bei der Pseudohypertrophischen Paralyse eine primäre Rückenmarkserkrankung vorhanden? **Ball**: Myxoedem. **Rumpf**: Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. **Charcot**: Sclerose en plaques. **Hinde**: Herpes zoster frontalis. **Robertson**: Tetanoid contractions and Convulsions from peripheral irritation. Recovery. **Gibney**: Hirnparalyse bei Kindern. **Corning**: Hirnanämie. **Osley**: Behandlung der tuberculösen Meningitis. **Wollner**: Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. **Personali**: Ueber Methylal. **Mackenzie**: Bemerkungen über den Werth von Cannabis indica in der Behandlung einer gewissen Form von Kopfweh. **Long**: Cocainvergiftung. **Mays**: Thee und sein Alcaloid Thein. **Blane Withe**: Antipyrin gegen Kopfschmerz. **Rockwell**: Somnambulismus. **Bleyer**: Ein Fall von eingebildeter Tollwuth. **Wildermuth**: Ueber Degenerationszeichen bei Epileptischen und Idioten. **Bourneville**: Ueber die Temperatur in den serienweise auftretenden epileptischen Anfällen. **Bennet and Gould**: Operative Heilung einer Epilepsie. **Venturi**: Ueber Plagiocephalie und Krämpfe. **Derselbe**: Ueber das Gehör der Epileptiker. **Dawidow**: Progressive Paralyse im Knabenalter. **Down**: Ueber einige Geisteskrankheiten der Kinder. **Fletcher**: Drei Fälle von Heilungen einer Geisteskrankheit durch Entfernung eingedrückter Schädelknochen. **Bonnet**: Allgemeine Paralyse — Heisshunger — Erstickungstod durch Nahrungsmittel. **D'Abundo**: Erkrankungen der Blase und der Prostata in der progressiven Paralyse. **Seppilli**: Das Gewicht der Grosshirnhemisphären bei den Geisteskranken. **Wise**: Genesung von chron. Irresein. **Shad**: Fortschritte in der Irrenbehandlung. **Mills**: Irrenpflege.

III. Aus den Vereinen. I. Société de Thérapeutique zu Paris. II. Société de Chirurgie zu Paris. III. Société de Biologie zu Paris. IV. Clinical society of London. V. Pathological society of London.

I. Originalien.

I.

Ueber aufsteigende Lähmung nach Keuchhusten.

Von P. J. MÖBIUS.

Am 23. November 1886 wurde der 3jährige Knabe Oskar W., Sohn eines jüdischen Handelmannes, in die medicinische Poliklinik

der Universität Leipzig gebracht. Die Mutter gab an, im September sei ihr 6 jähriger Sohn an Keuchhusten erkrankt, im Anfang Oktober habe auch Oskar heftige Hustenanfälle, die zu Erbrechen und anscheinender Bewusstlosigkeit („Wegbleiben") führten, bekommen. Sie schilderte die Hustenanfälle durchaus richtig: langgezogenes, tönendes Inspirium, häufige rasche Exspirationen, Entleerung schaumigen Schleimes. Zwischen den Anfällen habe das Kind sich ziemlich wohl befunden. Ein Arzt sei nicht zugezogen worden. Allmählich sei aus den Anfällen ein einfacher Husten geworden. Seit einigen Tagen nun, nachdem 6 Wochen seit Beginn des Keuchhustens verflossen seien, habe der Knabe nicht mehr gehen wollen und sei beim Stehen zusammengeknickt. Ueber Schmerzen habe er nie geklagt.

Das Kind war unfähig zu gehen oder zu stehen. Im Liegen wurden die Beine nach allen Richtungen bewegt, aber anscheinend kraftlos. Die Muskeln waren schlaff, von normalem Umfang. Das Kniephänomen fehlte auf beiden Seiten. Der Sohlenreflex war links vorhanden, war rechts undeutlich. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln war annähernd normal. Die Empfindlichkeit schien nicht vermindert zu sein; wenigstens verzog das Kind bei leichten Nadelstichen, dieselben mochten da oder dort angebracht werden, das Gesicht zum Weinen. Auf eine genauere Untersuchung der Empfindlichkeit musste verzichtet werden, da das schüchterne Kind, anfänglich und später, in keiner Weise zu irgend welcher Antwort gebracht werden konnte. Druckempfindlichkeit der Beinmuskeln schien nicht vorhanden zu sein. Am übrigen Körper fand sich ausser verbreiteter mässiger Bronchitis nichts krankhaftes.

Bis zum Anfang des December änderte sich der Zustand nicht wesentlich. Dann blieb die Frau mit dem kleinen Patienten aus, stellte ihn erst am 13. December in wesentlich schlechterer Verfassung wieder vor. Zwar waren die Beine zweifellos etwas kräftiger, sodass der Knabe wieder allein stehen konnte, aber die Lähmung hatte auch die obere Körperhälfte ergriffen. Die Arme hingen schlaff herab und schienen bei der Untersuchung ganz gelähmt zu sein. Doch gab die Mutter an, dass das Kind zu Hause die Hände bewege. In der That griff es auch in der Poliklinik gelegentlich zu, sobald es sich unbeobachtet glaubte. Doch waren auch dann die Bewegungen im Schultergelenk, besonders die Abduction des Armes, deutlich behindert. Die Bauch- und Wirbelsäulenmuskeln waren nicht gelähmt. Die Halsmuskeln aber waren gar nicht thätig, vielmehr folgte der Kopf ausschliesslich der Schwere, fiel nach vorn, sobald das Kind aufgerichtet wurde. Endlich bestand eine vollständige Lähmung des Zwerchfells: während der Thorax in seinen oberen Theilen durch die Thätigkeit der Intercostalmuskeln kräftig erweitert wurde, sank bei jeder Inspiration das Epigastrium beträchtlich ein. Die Mutter gab an, die Stimme sei schwach geworden, aber essen und trinken könne das Kind ohne Schwierigkeit, wenn es sich auch zuweilen verschlucke. Wie bei früheren Untersuchungen fand sich nirgends Atrophie, nirgends Anästhesie.

Der Bauchreflex war undeutlich, der Cremasterreflex beiderseits vorhanden. Die Sehnenreflexe fehlten an den Armen und den Beinen. Mit aller Bestimmtheit erklärte die Mutter, dass die Thätigkeit der Blase und des Darms niemals gestört gewesen sei; das Kind melde jedes Bedürfniss rechtzeitig an.

In den nächsten Tagen schien der Zustand sich noch zu verschlimmern. Das Zwerchfell blieb vollständig gelähmt, die Athmung war mühsam, das Gesicht etwas cyanotisch, die bronchitischen Geräusche wurden zahlreicher und lauter. Das Kind könne nicht mehr aushusten, gerathe, wenn der Husten komme, in Erstickungsnoth, nehme nur wenig Nahrung. Am 17. December begann die Besserung. Der Kopf wurde wieder von den Halsmuskeln getragen, beim Einathmen zeigte sich eine leichte Vorwölbung des Epigastrium, die Bronchitis nahm ab, kurz allmählich gingen alle Krankheitserscheinungen zurück. Schon in den ersten Tagen des Januar fand ich bei einem Besuche das Kind spielend am Boden sitzen. Als es am 8. Januar wieder in die Poliklinik gebracht wurde, war nirgends mehr Lähmung nachzuweisen. Nur die Sehnenreflexe fehlten noch. Im Anfang des Februar war das Kniephänomen der linken Seite spurweise vorhanden. Im Uebrigen war das Kind, bis auf ein Ekzem der Kopfhaut, wohlauf.

In diesem Falle entwickelte sich also im Anschlusse an einen Keuchhusten Parese erst der Beine, dann der Arme, der Halsmuskeln und des Zwerchfells. Die Sehnenreflexe fehlten, deutliche Störungen der Empfindlichkeit, der oberflächlichen Reflexe, der Function der Hirnnerven, der Eingeweide waren in keiner Weise nachzuweisen. Die auf die motorischen Bahnen beschränkte Läsion war offenbar keine schwere, da einerseits Atrophie und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit fehlten, andererseits rasch Heilung eintrat. Die Lähmung war eine aufsteigende, aber eine sprungweise aufsteigende. Sie verschonte Bauch-, Rücken- und Intercostalmuskeln; hätte sie dies nicht gethan, so wäre der Tod unvermeidlich gewesen, da gleichzeitige Lähmung des Zwerchfelles und der Intercostalmuskeln auch nur für kurze Zeit mit dem Leben unverträglich ist. Welche Theile des Bewegungsapparates erkrankt waren, ist eine Frage von secundärer Bedeutung. Es können nur eine leichte Myelitis und eine sog. multiple Neuritis in Frage kommen. Dass es sich um eine Läsion der peripherischen Nerven handelte, ist mir wahrscheinlich wegen des Verschontbleibens von Blase und Darm und wegen des raschen günstigen Verlaufes.

Das Hauptinteresse knüpft sich an die Frage, welche Beziehung besteht zwischen der Lähmung und der vorausgehenden Infectionskrankheit, dem Keuchhusten. Die nächstliegende Annahme ist offenbar, dass es sich um eine nervöse Nachkrankheit, welche der diphtherischen Lähmung analog ist, gehandelt hat. Man darf ja annehmen, dass bei jeder acuten Infectionskrankheit ein eigenartiges Gift sich entwickeln kann oder muss, welches je nach seiner Affinität zu bestimmten Nervenfasern eine eigenartige Nervenkrankheit bewirkt. Freilich kennen wir bis jetzt fast nur für das Diphtherie-Toxin ein pathognostisches

Krankheitsbild. Es scheint, als ob die meisten Krankheitsgifte eine mehr diffuse Wirkung ausübten, bald diese, bald jene Abschnitte des Nervensystems schädigten. Vielleicht aber gelingt es einer aufmerksamen Beobachtung, die nervösen Nachkrankheiten der acuten Infectionskrankheiten besser als bisher zu unterscheiden. Ob für das Keuchhustentoxin die aufsteigende Lähmung charakteristisch ist, muss natürlich erst die weitere Erfahrung lehren. Befremdend ist es auf jeden Fall, dass ähnliche Erkrankungen bisher trotz der Häufigkeit des Keuchhustens nicht beobachtet, oder doch nicht beschrieben worden sind. Was ich in der Literatur gefunden habe, füge ich unten bei. Es ist recht wenig. Die Arbeit Surmay's ist mir z. Z. nicht zugänglich. In den übrigen Arbeiten werden Dinge beschrieben, welche mit meinem Falle offenbar gar nichts zu thun haben. Meist handelt es sich um Herderkrankungen des Gehirns. Ich selbst habe einmal das Bild der cerebralen Kinderlähmung bei einem Kinde gesehen, welches nach Angabe der Mutter während des Keuchhustens gelähmt worden war, habe einmal während des Keuchhustens eine Lähmung beobachtet, welche der durch Poliomyelitis acuta entstehenden glich. Der letztere Fall ist kurz folgender. Am 17. September 1885 wurde ein $2^1/_4$ jähr. Mädchen mit schlaffer Lähmung beider Beine in die Poliklinik gebracht. Das Kniephänomen fehlte beiderseits, im Peronäusgebiet bestand Entartungsreaction. Das Kind war bis vor 6 Tagen gesund gewesen, war dann mit Husten erkrankt, welchen der Arzt für Keuchhusten erklärte, hatte in den nächsten Tagen anscheinend heftiges Fieber gehabt, nach dessen Aufhören die Lähmung der Beine bemerkt worden war. Der behandelnde Arzt, Herr Dr. Krieger in Leipzig, erklärte auf meine Frage, dass das Kind, ebenso wie die jüngere Schwester zweifellos an Keuchhusten erkrankt sei.

Surmay, Quelques cas de paralysies incurables ou temporaires, survenues dans le cours ou pendant la convalescence de maladies aigues, autres que la diphthérie. (Zwei Fälle von Lähmung nach Keuchhusten.) Arch. gén. I. p. 678. 1865. (cit. bei Leyden).

Ferber, Acute Geistesstörung bei Keuchhusten. Jahrb. f. Kinderhlkde. III. p. 229. 1870.

Leyden, Klinik d. Rückenmarkskrankheiten II. 1. p. 260 (hat 2 Fälle von „encephalitischer Lähmung“ nach K. beobachtet).

Huguenin (Ziemssen's Handb. XI. 1. p. 644) citirt zweifelnd die Angaben Bierbaum's (Journ. f. Kinderkrankheiten VII. 1871) über Meningitis bei Keuchhusten.

Jurasz, Ein Fall von Lähmung der M. crico-arytaen. post. nach Keuchhusten. Jahrb. f. Kinderheilkunde N. f. XIV. p. 277. 1879.

Cazin, Hémorrhagie sus-méningée dans le cours de la coqueluche. Gaz. des Hôp. LIV. 37. p. 292. 1881.

(Ein $2^1/_2$ jähriges Kind, an mässigem Keuchhusten leidend, aber auffallend hinfällig und apathisch, bekömmt einen schweren Krampfanfall, bei dem sich vorwiegend die rechte Körperhälfte betheiligt und stirbt $^1/_2$ St. später. Grosse Blutung zwischen Cranium und Dura über der hinteren Hälfte der linken Hemisphäre. — C. citirt ältere Literatur.)

Dixon, Eclampsie with hooping-cough. Practitioner XXIX. 5. p. 340. Nov. 1882.

(Unklarer Fall; bei einem 4 jährigen, an Pneumonie leidenden Knaben entwickelt s. unter gehäuften Krampfanfällen Keuchhusten, Heilung.)

Smith, T. C., Whooping-conh compl. with cerebral effusion and paralysis. Phil. med. and surg. rep. 1883. p. 449.

Danchez, Hémorrhagie cérébrale au cours de la coqueluche chez un enfant tuberculeux. Progrès méd. XII. 27. p. 548. 1884.

(Bei einem Kinde, welches in Koma gestorben war, bei welchem Lähmung oder Krämpfe nicht beobachtet zu sein scheinen, wird ein die linken Centralwindungen durchtränkender Bluterguss gefunden.)

Vidal, F., Hémorrhagies capillaires, infiltrant toute la substance blanche des centres nerveux chez une enfant morte de coqueluche compliquée de bronchopneumonie. Progrès méd. XIII. 41. p. 278. 1885.

(5 jähriges Mädchen, welches seit 2 Jahren an epileptischen Anfällen litt. Schwerer Keuchhusten. Pneumonie. Epileptische Anfälle. Erstickung. Auf Querschnitten des Gehirns und Rückenmarks erscheint die graue Substanz nur hyperämisch, während die weisse von stecknadelkopf- bis weizenkorngrossen Blutergüssen reichlich durchsetzt war. Die letzteren bestanden aus dissecirenden Aneurysmen der kleinen Gefässe.)

West, Sam., Brit. med. Journ. Jan. 22. 1887. (Rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie und Athetose, welche während eines Keuchhustenanfalles entstanden war.)

II.

Der erste psychiatrische Congress in Russland.

Von Dr. HINZE in St. Petersburg.

Vom 4./16.—11./23. Januar tagten in Moskau zwei Congresse, der der russischen Aerzte und der Psychiater. Auf letzterem hatten sich nur 60 Irrenärzte eingefunden, obgleich sich circa 400 Aerzte am Congresse betheiligten. Zum Präsidenten wurde der bekannte Professor Mierszejewski gewählt, der Vorstand der ersten psychiatrischen Klinik in Russland (St. Petersburg). Auf dem Congresse wurden 30 Vorträge gehalten, welche lebhafte Debatten hervorriefen. Die Menge derselben verbietet ein eingehendes Referat und ziehe ich es desshalb zunächst vor, die zusammenfassende Schlussrede des Präsidenten in Kürze wiederzugeben, wodurch ein übersichtliches Bild von dem Gange und der Richtung der Verhandlungen gewonnen wird, welche sich übrigens fast nur mit practischen Fragen beschäftigten.*) Ich verdanke das Materiale für diese Mittheilung der Liebenswürdigkeit des Herrn Docenten Dr. P. Rosenbach, der mir einen, Mierszejewski's Rede enthaltenden Correcturbogen des neuesten Heftes des Westnik Psichia-

*) Referate über die einzelnen Vorträge werde ich nach und nach einsenden. H.

trii freundlichst zur Benutzung überliess; Dr. Rosenbach fungirte als Secretär auf dem psychiatrischen Congresse.

Die Verhandlungen des Congresses wurden nach einem früher festgestellten Programme geregelt; ich gebe hier die Beschlüsse der Versammlung nach den einzelnen Punkten wieder.

1. *Einrichtung von Irrenanstalten.*

Der Congress einigte sich dahin, dass die öffentlichen Anstalten aus einem centralen Institute mit einer mehr oder weniger umfangreichen Colonie bestehen müssten. Unabhängig von diesen, speziell zur Verpflegung und Behandlung von Geisteskranken bestimmten Anstalten, müssen noch bei den psychiatrischen Lehrstühlen Kliniken vorhanden sein, welche, für wissenschaftliche und didactische Zwecke bestimmt, auch die Möglichkeit haben müssten, chronische Kranke evacuiren zu können, wenn sie den Anforderungen des klinischen Unterrichtes nicht entsprechen.

2. *Administration der Irrenanstalten.*

Der Congress fand folgende Postulate für unbedingt nothwendig:

a) Die Irrenhäuser der Landschaften, der Stadtverwaltungen und des Collegiums der allgemeinen Fürsorge (einer Regierungsinstitution) müssen in medicinischer, administrativer und öconomischer Beziehung durchaus selbständig und von den allgemeinen Krankenhäusern getrennt sein.

b) An der Spitze dieser Anstalten müssen speziell ausgebildete Irrenärzte stehen, denen alle dort Dienenden untergeordnet sind.

c) Die Beziehungen dieser Anstalten zu den Organen der landschaftlichen und städtischen Behörden müssen durch ein besonderes Statut geregelt werden.

d) Um eine feste Basis zu schaffen, muss in St. Petersburg eine Centralverwaltung für alle Irrenanstalten Russlands eingesetzt werden, welche alle einschlägigen Fragen zu berathen hat.

Der Congress beauftragte eine besondere Commission mit der Ausarbeitung eines Status für alle Irrenanstalten, welches dem nächsten psychiatrischen Congresse vorzulegen sei.

3. *Lebensweise der Kranken.*

Der Congress constatirte, dass körperliche Arbeit nicht nur ein wichtiges Heilmittel sei, sondern auch das Budget der Anstalten bis zu einem gewissen Grade entlaste, die körperliche Arbeit dürfe aber durchaus keine obligatorische, sondern nach Möglichkeit eine freiwillige sein. Hinsichtlich der mechanischen Zwangsmittel sprach sich die Versammlung für eine möglichst weite Anwendung des no restraint aus, fand aber keine triftigen Gründe, alle Zwangsmittel abzuschaffen.

4. In Bezug auf *medicinisch-forensische Fragen* fand die Versammlung, dass die jetzt bestehende Art der Untersuchung und Begutachtung von Geisteskranken behufs Feststellung ihrer Rechtsfähigkeit eine durchaus ungenügende sei und einer radicalen Reform bedürfe. Es wurde dabei der Wunsch ausgesprochen, dass als Ausgangs-

punkt für die Umgestaltung der betreffenden Vorschriften das Projekt der unter dem Vorsitze des Senators Ljubotschschinski arbeitenden Commission für die Vormundschaftsgesetze angenommen werde; ausserdem wurde eine Reihe von Principien aufgestellt, welche als Grundlage der Beziehungen der Anstaltsverwaltungen zu den Organen der Regierungsgewalt dienen sollen.

5. *Die Nomenclatur der Geisteskrankheiten*, welche das vorhandene Material allgemeinen Schlussfolgerungen und wissenschaftlicher Behandlung zugänglich macht, müsse in allen Anstalten eine und dieselbe sein. Der Congress nahm die vom psychiatrischen Verein in St. Petersburg im vorigen Jahre ausgearbeitete Classification der Geisteskrankheiten an, welche auch als Grundlage einer internationalen Statistik dienen solle.

Schliesslich sprach der Vorsitzende die Hoffnung aus, dass die Beschlüsse des Congresses von der Regierung beachtet werden würden, da die Zusammenkunft der Sachverständigen in diesen Fragen, der Irrenärzte, der Initiative der höchsten medicinischen Behörde ihr Entstehen verdanke, welche auch das Programm bestätigt hatte.

Während der Dauer des Congresses wurde die neue Irrenklinik in Moskau eröffnet, deren Bau durch die von Frau W. A. Morosowa gespendeten Mittel (gegen 500,000 Rubel = 1 Milion Mark) ermöglicht wurde.

II. Referate und Kritiken.

119) **David Ferrier:** The Functions of the brain. (Die Functionen des Gehirns. 2. Aufl.) (London, Smith, Elder & Co. 1886.)

Das bekannte Werk des englischen Forschers erscheint nun nach 10 Jahren in zweiter Auflage — umgearbeitet und vermehrt. —

Während die erste Auflage 323 Seiten hatte, wurde die vorliegende auf 498 Seiten erweitert, und statt 68 Abbildungen finden wir hier deren 137. Auch diesmal hat der Verf. zwar das Hauptgewicht auf die eigenen Versuche gelegt; doch hat er sich auch bemüht dem Leser eine systematische Darstellung der Functionen des Centralnervensystems mit Berücksichtigung all dessen zu liefern, was ihm nach eingehender kritischer Würdigung der physiologischen und pathologischen Erfahrungen zu entsprechen schien.

Ferrier hebt hervor, dass er auch gegenwärtig in allem Hauptsächlichen jene Anschauungen festhalten müsse, welche er bezüglich der Localisationsfrage seinerzeit dargelegt hatte. — Eine Kritik dieser Theorien, welche durch des Referenten Uebersetzung der ersten Auflage auch dem deutschen Publikum zugänglicher gemacht worden sind, kann hier nicht am Platze sein. Allein schon die grosse Menge des

in diesem Werke neu hinzugekommenen experimentellen Materiales wird es unbedingt nothwendig machen, dass Jeder der sich für die Frage der Hirnfunctionen interessirt, sich mit der zweiten Auflage von Ferrier's Werke vertraut mache.

Obersteiner (Wien).

---

120) **Seppilli:** Contributo allo conoscenza del sesto ventricolo cerebrale. (Ueber den sechsten Hirnventrikel.)

(Arch. di Psich., sc. pen. ed entropol. VII fasc. 4.)

Zwischen der Unterfläche des Balkens und dem Psalterium findet sich mitunter eine ziemlich beträchtliche Höhle, welche man als sechsten Ventrikel, oder Verga'schen Ventrikel bezeichnet.

Bei einer pellagrösen Frau von 36 Jahren fand S. diesen Hohlraum durch einige Gramme Serums beträchtlich ausgedehnt. In den eigentlichen Hirnventrikeln war keine Vermehrung des serösen Inhaltes vorhanden. Obersteiner (Wien).

---

121) **Ralf Wichmann** (Stuttgart): Geschwülste und Höhlenbildung im Rückenmark mit neuem Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie monographisch bearbeitet. Mit Tabellen und einer Tafel.

(Stuttgart, Verlag der J. B. Metzler'schen Buchhandlung. 1887, 58 S.)

Den 32 in der Literatur niedergelegten Fällen von centraler Gliose oder Syringomyelie fügt Verf. einen neuen von ihm und von Renz beobachteten und secirten Fall bei. Es betrifft derselbe einen Maurer, der im 24. Jahre, Dezember 1877, unter Frost und Hitze an stechenden Schmerzen, welche vom Nacken zur Brust und durch die Arme ausstrahlten, erkrankt war. Nach 3 Wochen konnte er zwar wieder arbeiten, allein es blieben Schmerzen im Genick und ein steifer Nacken bis 1879. Damals trat ausserdem, nachdem Pat. einen schweren Gegenstand gehoben und getragen hatte, Schmerz den ganzen Rücken hinunter bis ins Kreuz auf, während in den Armen und Beinen sich ein Schwächegefühl zeigte. Nach 3 Wochen folgte eine zweite Besserung, es blieb nur Schmerz im Genick und zwischen den Schulterblättern zurück. Im Winter 1879/80 waren besonders stechende Schmerzen im Kreuz und Schwäche der Extremitäten vorhanden, sodass Pat. kaum gehen konnte. Frühjahr 1880 trat die tritte Besserung ein, sodass Pat. wieder arbeiten konnte; jedoch waren die Arme schwächer als früher. Dabei war die Witterung von Einfluss auf den Zustand. Dezember 1880 trat Verschlechterung ein. Mai 1881 konnte Pat. weder stehen noch gehen, es bestand Ameisenkrübeln in den Füssen Waden, Fingerspitzen, während der alte Schmerz im Genick etc. fortbestand. Eine vierte Besserung trat 1882 ein, sodass Pat. wieder gehen konnte. Seit 1883 wurden die Extremitäten wieder schwächer, die Beine gasz lahm, es traten reissende Schmerzen im Kopf und den Zähnen auf, der Schmerz im Rücken bestand fort, in die oberen und

unteren Extremitäten ausstrahlend. Klonische Zuckungen in den Beinen, schmerzhafte Pollutionen. Wie früher bestand Stuhlverstopfung und ausserdem Incontinenz. Weiterhin zog der Schmerz bis in die Gegend des Steissbeins. Stat. praes. Mai 1882 in Wildbad: Spastische Lähmung beider Beine, zuweilen spontane Zuckungen darin, Herabsetzung der Sensibilität an denselben, Ameisenkrübeln, keine Atrophie, Kniephänomen verstärkt, Fussclonus vorhanden. Schmerzen im Rücken etc. Motorische Kraft der Arme bedeutend vermindert. Einzelne Muskeln atrophisch. Fingerspitzen pelzig. Sensibilität sonst besser als an den Beinen. Abdomen aufgetrieben, Lähmung der Bauchmuskeln. Cremaster- und Bauchdeckenreflex fehlen. Obstipatio alvi. Urin kann, wenn das Bedürfniss eintritt, nicht mehr zurückgehalten worden. Sexuelle Function erloschen. Am Rumpf war die Sensibilität wie am Arm und Bein verändert, nur bestanden zwei hyperästetische Stellen, eine in der Leistengegend und nach dem Rücken hin, eine zweite am Nacken und Claviculae. Am Hals und Kopf war die Sensibilität normal. Es wurde die Diagnose auf eine Neubildung mit Höhlenbildung zwischen der vierten Cervical- und ersten Lumbalwurzel gestellt und die Prognose wegen der Möglichkeit einer baldigen Betheiligung der Phrenicuswurzeln als ungünstig erachtet. Der Tod trat 14 Tage später unter Temperatursteigerungen, Dispnoe, Meteorismus, Zwerchfellähmung ein. Die *Section* ergab venöse Nase in den Organen, ferner an der Halsanschwellung des Rückenmarks eine Querschnittsverletzung bedingt durch eine beträchtliche Volumzunahme verursachender Geschwulst (Gliosarcom) nebst einer bis ins Lendenmark sich erstreckenden sog. centralen Gliose mit Höhlenbildung (Syringomyelie) im Gebiete der Hinterstränge, mit desgleichen Gliose und Spaltbildung im linken Burdach'schen Strang oberhalb des Cervicaltumors bis nahe zur Medulla oblongata, mit secundärer absteigender Degeneration beider Pyramidenbahnen unterhalb der aufsteigenden der Goll'schen Stränge, oberhalb des Cervicaltumors sowie schliesslich mit frischer diffusser Kernwucherung dicht oberhalb des Tumors im Halsmark. Der Centralkanal war in der Gegend der Geschwulst und dicht darunter nicht zu konstatiren, im übrigen war er nicht erweitert.

Unter den bis jetzt bekannten 33 Fällen von S. waren 22 Männer, 11 Frauen. Durchschnittsalter im Beginn 33 Jahre, Dauer der Krankheit im Durchschnitt 3—4 Jahre, die Aetiologie der Krankheit ist noch dunkel. Der Tod erfolgt häufig von den Lungen aus, da die Medulla oblongata häufig in Mitleidenschaft gezogen wird vermöge der überwiegend häufigen Ausbreitung der S. über unteres Hals- und oberes Brustmark. Im Querschnitt sind am häufigsten die Hinterstränge und von diesen wiederum die linke ergriffen, nächst ihnen die centralen Partien und die Hinterhörner. Der Lieblingssitz der in 17 Fällen vorhandenen Anschwellung des Rückenmarks durch eine tumorartige Masse (Gliom) ist das Halsmark. Der Centralcanal geht in der Regel nicht in der Höhle auf, sondern lässt sich häufig intact neben derselben nachweisen. Tabellen und eine Tafel veranschaulichen alle genannten Verhältnisse. Unter den Symptomen der S. sind Formveränderungen

der Wirbelsäule selten, häufiger ist die letztere da, wo der Haupttumor im Mark sitzt, spontan und auf Druck schmerzhaft und in der Beweglichkeit beschränkt. In der Hälfte der Fälle waren Schmerzen in den Extremitäten und im Rumpf vorhanden, ebensohäufig Anaesthesie und Hypaesthesie der Haut. Die Herabsetzung der Sensibilität ist nur durch die faradocutane Methode genau festzustellen. Hyparästhesie fand sich in zwei Fällen, desgl. Analgesie. Selten sind Veränderungen des Temperatursinns und trophische Störungen der Haut. Störungen in der motorischen Sphäre sind verhältnissmässig das constanteste Krankheitssymptom. Sie betreffen, abgesehen vom Rumpf die Beine häufiger als die Arme und zwar das rechte Bein häufiger als das linke, während der linke Arm häufiger als der rechte betheiligt ist. Halblähmung wiegt stark vor. Es sind meist Paresen. Atrophie der Muskeln tritt öfter auf entsprechend der Betheiligung der Vorderhörner. Das Verhalten der Reflexe ist je nach dem Sitz der Erkrankung in der grauen oder weissen Substanz des Marks naturgemäss ein verschiedenes. In Bezug auf uro-, ano-genitale Störungen liegen zu wenig Angaben vor. Das in manchen Fällen sehr frühzeitige Eintreten derselben möchte Verf. differential-diagnostisch verwerthen bei dem supponirten Verlaufe der diesbezüglichen Bahnen in der Mitte des Marks. Störungen, die ihren Grund in Miterkrankung oder Med. obl. haben, sind 11 mal beobachtet und zwar in verschiedenen Nervengebieten. Das Verhalten der Körpertemperatur bedarf noch weiterer Beachtung bei S. Diagnostisch verwerthbar dürften noch die bedeutenden Besserungen im Verlauf der Krankheit sein, sowie die Schwankungen je nach der Witterung. Otto (Dalldorf).

---

122) **Sachs** (New-York): A contribution to the study of tumors of the spinal cord. (Beitrag zur Lehre von den Tumoren des Rückenmarks).
(The journ. of nerv. & ment. dis. Nov. 1886 p. 647.)

Der vorliegende Fall ist in vierfacher Hinsicht ein interessanter:

1.) Handelt es sich um einem Tumor der Rückenmarkssubstanz ohne Betheiligung der spinalen Meningen.

2.) War der Tumor die Ursache einer allgemeinen Tuberkulose.

3.) Die folgende Myelitis war von ungewöhnlicher Intensität.

4.) Zeigten sich ungewöhnliche Erscheinungen von Seiten der Sensibilität.

32 jähriger Mann, sehr intelligent, ledig, stellte sich zum ersten Male vor am 7. 2. 1886, klagt über Schmerzen und Schwäche des linken Armes, Unfähigkeit die Finger zu bewegen, und über glänzendes (Glossy) Aussehen der Haut der l. Hand. Mutter war epileptisch, Vater, ein Arzt, Potator strenuus. Geschwister gesund.

Pat. überstand mit 6 J. einen Typhus, keine Lues, nur 1 Mal Tripper; Excesse in baccho et Venere zugestanden. Vor 2 J. Gelenkrheumatismus. Seit dem stets rheumat. Schmerzen. Vor 4 Wochen fühlte er rheum. Schmerzen in der l. Schulter, die nach dem l. Arme ausstrahlten, die Hand wurde nach 8—14 Tagen schwächer, allmählich wurden die Finger dick' die Haut glänzend.

St. pr. Aufgedunsenes Gesicht; kräftiger Körperbau. Beide Arme können gleich gut gehoben werden, der linke aber sinkt leichter zurück. Passiven Bewegungen im Schulter und im Ellbogengelenk wird ein auffallend grosser Widerstand entgegengesetzt im Verhältniss zu dem der Hand und der Fingergelenke. Finger leicht flectirt. Active Bewegungen derselben = 0. Hyperästhesie des ganzen Vorderarmes und der Hand, an der ulnaren Seite stärker ausgeprägt als an der radialen. Schon die blose Berührung mit dem Finger schmerzhaft. Nadelstich und kaltes Wasser erregen intensive Schmerzen. Die ganze Hand ist ödematös. Electrische Untersuchung ergibt normale Verhältnisse. Das linke Bein wird etwas geschleppt, keine Herabsetzung der groben Kraft. Knieph. R. und L. gesteigert. Beiderseits Fussklonus.

8 Tage lang stat. id. Dann Zunehmen der Schwäche im l. Bein; Hyperästhesie, Kältegefühl.

2. 3. Keine Symptome von Seiten der Hirnnerven. Linker Arm wie früher. Keine Reflexe. Linkes Bein sehr paretisch. Verlust des Muskelgefühls in demselben. Auch das rechte Bein ist etwas atrophisch geworden; ebenso Schwäche der Bauchmuskeln. Sensibilität im rechten Bein normal.

5. 3. Das l. Bein kann nur noch mit Mühe etwas bewegt werden. Linker Arm wie oben. Paradoxe Contraction links.

9. 3. Incontinentia urinae. L. Bein ganz gelähmt, das rechte ist viel schwächer geworden. Die Hyperästhesie befindet sich links bis zur 3. Rippe.

11. 3. Zunahme der Lähmungen. Empfindlichkeit bei Druck über dem 7. Halswirbel. Händedruck rechts schwächer geworden. Leichtes Taubheitsgefühl auf der dorsalen Seite des rechten Vorderarms. Das rechte Bein mehr paretisch; Veränderung des Muskelgefühls. An Stelle der Hyperästhesie links ist jetzt Herabsetzung der Sensibilität. Blos zwischen der 3. und 7. Rippe noch eine hyperästhet. Zone. Röthung der Haut in der Gegend des Kreuzbeins.

13. 3. Zunahme der Paresen, Röthung der Haut über dem mall. int. dext. Kn.-Ph. nicht mehr so gesteigert. Fussclonus nicht mehr so deutlich.

14. 3. Anästhesie beider Seiten mit Ausnahme des Halses, des Gesichts, des Kopfes.

Verf. glaubte zuerst, es mit ascendirender Neuritis und secund. Myelitis zu thun zu haben, kam aber von dieser Diagnose ab, da er Gummigeschwulste und Tuberkel ausschliessen zu können glaubte, blieb die Diagnose zweifelhaft, die Section ergab eine Haselnussgrosse Geschwulst des Rückenmarks in der Gegend des 6. und 7. Halswirbels, der auf die hinteren Wurzeln drückte und nach innen bis zur medialen Hälfte ging. Dura und Pia zeigten ausser einigen kleinen tuberculösen Ablagerungen nichts besonderes.

Untersuchung des Tumors ergab einen Tuberkel. Im Rückenmark weder auf- noch absteigende Degeneration.

Koenig (Dalldorf).

123) Gray (New-York): Lesion of both temporal lobes, without word-deafnes or deafness. (Läsion beider Schläfenlappen ohne Worttaubheit oder Taubheit.) (The journ. of nerv. u. ment. dis. Sept. u. Oct. 1886. p. 554).

50 j. Mann erkrankt mit allgemeinen Convulsionen. Nichts Abnormes von Seiten der Motilität oder Sensibilität; Sprache intact. Pupillenreaction gut; Augenhintergrund normal, keine Kopfschmerzen. Auffallende Schwäche des Gedächtnisses für Arbeit, was sich seit dem ersten Anfalle ereignet hat, für die frühere Vergangenheit geringe Abnahme des G. Pat. vergisst alles von einem Augenblick zum anderen. Intelligenz sonst intact. Lues in Abrede gestellt, aber trotzdem nicht auszuschliessen. Seit 2 Jahren Schlaflosigkeit und geringfügige Kopfschmerzen. 4 Tage vor dem Exitus 19 Anfälle mit Bewusstlosigkeit. Tags darauf delirirt Pat., springt fortwährend aus dem Bett. Dieser Zustand hält an bis zum Tod.

Autopsie: In der linken Hemisphäre deutliche Leptomeningitis über dem untern Drittel des g. front. asc. und der gyri pariet. mit Adhäsionen; über der Basis der g. front. II. kleine adhärende Stelle. Aehnliche kleinere Adhärenzen über der Spitze des g. front. I. Grosse adhärende Stelle über dem g. front III., dieser ist erweicht. Ebenso der gyr. temp. I. u. II. Punktförmige Hämorrhagien im gyr. front. I. lob par. sup. u. lob. occipit. Der linke lob. temp. sphen. erweicht; ebenso der gyr. fornicat.

Auf der rechten Hemisphäre adhärende Meningitis des unteren Drittel des Gyr. front. desc. u. der gyri par., des gyr. marg., des gyr. temp. sup. und des gyr. fornicatus.

Die beiders. Läsionen befinden sich fast alle im Gebiete der Art. foss. Sylvii.

Der Fall steht im Einklange mit dem Westphal'schen. (Berl. Klin. Wochenschrift 1884. 1. Dez. S. 777).

Verf. ist der Ansicht, dass auf Grund dieser beiden Fälle die Theorie Munk's zu verlassen oder wenigstens zu modificiren ist. Beide Fälle sprächen auch gegen die Eintheilung der Aphasie von Wernicke.

Koenig (Dalldorf).

---

124) Gibney (New-York): Is there a primary cord lesion in Pseudohypertrophic paralysis? (Ist bei der pseudohypertrophischen Paralyse eine primäre Rückenmarkserkrankung vorhanden?)

(The journ. of. nerv. and ment. dis. Sept. u. Oct. 1886. p. 572.)

16 j. Knabe, seit dem 2. Lebensjahre ist das Gehen nicht möglich. Mutter suchte erst im 6. J. ärztliche Hilfe. Familie neuropathisch. Mutter und die übrigen Kinder zeigen irgend eine Eigenthümlichkeit in der Sprache. (welche? Ref.)

3 Kinder an Mening. tub. gestorben. Ein um 2. J. jüngerer Bruder des Pat. leidet an derselben Krankheit. Früher hatte er abnorm starke Waden; seitdem er zu Gehen aufgehört hat, ist die Hypertrophie verschwunden; jetzt ist die Muskulatur schwach und weich. Un-

tersuchung des Rückenmarks in dem vorl. Falle ergab theilweisen Schwund der Ganglienzellen der Vorderhörner, die übrig gebliebenen atrophisch. Diese Veränderung findet sich hauptsächlich im Dorsal- und Lumbaltheile.

Verf. sieht sich auf Grund dieses Befundes nicht in der Lage, die in der Ueberschrift gestellte Frage zu lösen.

Koenig (Dalldorf).

---

125) **A. Brayton Ball** (New-York): Two cases of myxödema, with remarks on the pathologie of the disease. (Zwei Fälle von Myxödem, nebst Bemerkungen über die Pathologie der Krankheit.)

(**The Medic. Rec.** 10. Juli 1886.)

Nachdem Verf. die beiden Fälle ausführlich beschrieben, macht er auf einzelne, besonders interessante Punkte derselben aufmerksam. Vater und Schwester des einen Patienten (eine 48 jährige Jüdin) hatten gleichfalls an Myxödem gelitten und waren daran zu Grunde gegangen; es schliesst sich dieser Fall daher an einige wenige von Ord, Saville und Taylor veröffentlichte, in denen die Erkrankung gleichfalls ererbt erschien. Der 2. Fall betraf einen Mann — gleichfalls eine nicht gewöhnliche Erscheinung, wenigstens fand Verf., dass unter 121 Myxödem-Kranken, über welche er die Berichte durchsuchte, sich nur 20 Männer befanden. — Bei der Frau (1. Fall), war nach dem 1. Wochenbette, lange vor Ausbruch ihres Myxödems, ein Kropf entstanden und durch passende Behandlung innerhalb weniger Monate wieder verschwunden; ähnliche Fälle werden auch von anderen Autoren berichtet. In jenen 121 Fällen fand Verf. den Zustand der Schilddrüse 67 mal gar nicht erwähnt, während in 2 Fällen leichte Vergrösserung, in 7 normale Grösse, in 14 merkliche Verkleinerung derselben. in 31 die Unmöglichkeit berichtet wird, sie wegen der Dicke der Umgebung etc. abzutasten; bei den zur Section gekommenen Fällen fand sich bekanntlich jedesmal Atrophie dieser Drüse. — In Verf.'s zweitem Falle bestand starke Anschwellung der Submaxillardrüsen; er macht darauf aufmerksam, dass in den von Horsley Brown (London) an Affen gemachter Thyreoidectomien später Hypertrophie der Submaxillardrüsen auftrat. In beiden Fällen war ferner die Trachea abnorm biegsam, so dass ein leichter Druck auf dieselbe sofort in dem einen Falle Dyspnoe und Aphonie, in dem andern Dyspnoe erzeugte — eine Erscheinung, die sich in ähnlicher Weise in der Kocher'schen Kachexia strumipriva findet. — Die geistigen Functionen endlich erschienen beidemale nicht wesentlich gestört, sie gingen nur, wie in den meisten ähnlichen Fällen langsam von statten. Verf. erinnert daran, dass im Gegensatze hierzu in einer Reihe von Fällen Symptome von ernsteren Hirnleiden (Hallucinationen, Melancholien, Manie, Imbecillität u. s. w.) vorkommen. Er knüpft dann eine Betrachtung der verschiedenen auf Sectionsbefunde sich stützenden Ansichten über die Natur des Uebels, geht näher auf die bekannte Kocher'sche Arbeit über die Folgen der Kropfexstirpation etc. ein, gibt eine klare

Uebersicht über die Resultate der experimentellen Thyreoidectomie und schliesst damit, dass die Ursache des Myxödems höchst wahrscheinlich aus der Degeneration und Atrophie der Drüsenelemente der Schilddrüse abzuleiten sei. Voigt (Oeynhausen).

---

126) **Theodor Rumpf** (Bonn): Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. (Wiesbaden J. F. Bergmann 1887.)

Das 600 Seiten starke Werk des auf diesem Gebiete verschiedentlich hervorgetretenen Verf.'s, zerfällt in einen „Allgemeinen" und einen „Speciellen Theil". In jenem werden Geschichte, Untersuchungsmethoden, pathologische Anatomie etc. besprochen, in diesem werden die syph. Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarkes, der peripheren Nerven, die Erkrankungen des Nervensystems durch hereditäre Syphilis, Prognose, Prophylaxe und Therapie abgehandelt. Mit einem wahren Bienenfleisse hat Verf. versucht „des wachsenden Ballastes" der Literatur Herr zu werden, sie zu sichten, zu rubriciren, zu kritisiren. Das ist ihm nun auch gut gelungen, aber das Buch ist nach des Ref. Ansicht dadurch zu breit geworden, es wird zu viel geboten. Der Anfänger auf diesem Gebiete wird sicherlich zurückschrecken vor der ungeheuren Anzahl von ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten und deren Besprechung, er wird sie, so glauben wir, einfach nicht lesen und dem Erfahrenen sind die meisten derselben ja bekannt. Dies bezieht sich selbst auf die zahlreichen „eigenen" Beobachtungen, die zum grössten Theil auch schon anderweitig veröffentlicht sind. Die breite Anlage des Buches hat auch der Form der Darstellung Abbruch gethan — bündige Kürze, praecises Zusammenfassen der wichtigen Momente, das Hervorheben des wirklich Neuen, was Verf. bringt, tritt zu wenig in den Vordergrund, vielmehr überall behagliches Erzählen, was auf die Dauer ermüdend wirkt. So hätte mancher Excurs im ersten Theil, wie die Eruirung der syph. Durchseuchung, der Ausschluss aller anderen Ursachen für die Erkrankung etc. etc. nach unserem Geschmacke viel, viel kürzer gefasst werden können. Auch die endlos vielen Ueberschriften und Unterabtheilungen hätten wir lieber vermieden gesehen.

Wir können selbstverständlich hier nicht auf viele Einzelheiten eingehen, erachten es jedoch für unsere Pflicht die pathologisch-anatomischen Schlusssätze, die Folgen „eigener" Untersuchungen des Verf.'s hier wiederzugeben: Die syph. Erkrankungen, welche zu einer Beeinträchtigung des Nervensystems führen, gehen stets von den Gefässen aus und gehören sämmtlich den Granulationsgeschwülsten zu, die sich klinisch als syph. Infiltration der Bindegewebscapillaren und solche der Gefässcapillaren kennzeichnen. In selteneren Fällen führen sie zur Bildung umschriebener Tumoren, in einem gewissen Stadium der Rückbildung „Gummata" genannt. Die syph. Infiltration der Bindegewebscapillaren ruft meistens locale Störungen, seltener Allgemeinstörungen hervor. Diejenige der Gefässcapillaren kann neben Störungen der allgemeinen Circulation und daraus folgender Gesammtbeeinträchtigung des Nervensystems zu localen Erkrankungen in doppelter Weise führen, einmal, indem der von dem Gefäss versorgte

Bezirk des Nervensystems durch Verschluss des Gefässes dem Untergang verfällt und zweitens, indem eine Zerreissung des erkrankten Gefässes zu einer Blutung an der Erkrankungsstelle selbst führt. Die in Folge syphil. Gefässerkrankung auftretenden Blutungen oder Erweichungen sind secundäre Erscheinungen.

Bei dem Capitel Hirnsyphilis wird überall der Localisationsfrage nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft die gebührende Beachtung geschenkt. In Betreff der „Rinde" ist bekanntlich Verf. (siehe dies. Centralbl. 1885, pag. 489 ff.) auf Grund eigener Fälle der Ansicht, dass Fühlsphäre und motor. Region nicht identisch seien. So sehr die Wahrscheinlichkeit auch dafür spricht, dass wir es in den angeführten Beobachtungen mit reinen Rindenerkrankungen zu thun haben, muss man doch zur Vorsicht mahnen, all zu weit gehende Schlüsse aus Fällen, die nicht zur Section kamen, zu ziehen. Bekanntlich haben Nothnagel und Exner in ihren diesbezüglichen Werken nur den Fällen mit Sectionsbericht, und gewiss mit Recht, Berücksichtigung geschenkt. Bei der Besprechung der Jackson'schen Epilepsie vermissen wir (pag. 119, 163) den Hinweis auf die Gesetzmässigkeit des Eintretens der Convulsionen, wie sie namentlich von Charcot entwickelt ist. Gewiss sehr Recht hat der Verf. mit dem Hinweis darauf, dass die Hemiplegien (besprochen bei den Erkrankungen des Stabkranzes etc. pag. 186 ff.) viel häufiger, als allgemein angenommen wird, ein frühes Symptom der Lues darstellen. Welche Organe bei der allgemeinen Infection zuerst befallen werden, welch individuelle Verhältnisse hier in's Spiel kommen, darüber herrscht noch vielfaches Dunkel. Einige Anhaltspunkte hat Verf. pag. 197 gegeben, wo er anführt, dass bei *seinen* Patienten mit frühzeitiger Hemiplegie schwächliche Constitution, blasse Gesichtsfarbe, wenig kräftiges Gefässsystem sich dargeboten habe. Den Alkoholabusus, den er an besagter Stelle ebenfalls anführt, hätte er nach unserer Meinung noch mehr betonen können. Hier ist ein Verbündeter der Lues, der nicht zu unterschätzen ist und uns bei der Behandlung den hartnäckigsten Widerstand leistet.

Unter den syphil. Krankheiten des Rückenmarkes hat die Tabes, die eigentliche Domaine des Verf.'s, den Löwenantheil. Nahezu 100 Seiten werden diesem gewiss wichtigen Capitel gewidmet. Neue Momente treten allerdings in der Tabes-Syphilisfrage nicht hervor und wir müssen auch hier wieder die behagliche, umständliche Breite der Darstellung tadeln. Verf. rechnet 80—85% vorausgegangener Syphilis heraus und lässt neben derselben als ätiologisches Moment nur noch Erkältungseinflüsse gelten. Betreffs der path. Anatomie ist ein eigener, früher schon veröffentlichter Fall, von Interesse, bei welchem der Ausgangspunkt der Erkrankung wohl in den Gefässen und im Bindegewebe zu suchen war. Verf.'s Ansichten über die Therapie der Tabes sind bekannt; in exquisit syphil. Fällen combinirt er die Pinselung mit einer entsprechenden antisyphil. Behandlung. Ausführlich werden hier noch einmal seine Methode, die Angriffe auf dieselbe, seine Erfolge dargestellt. Zur Erklärung der

Wirkung länger dauernder Hautreize wird der Uebergang der sensibelen Reize auf motor. und trophische Centren, die bessere Durchströmung und Ernährung des centralen Nervensystems in Anspruch genommen. „Die antiluet. Behandlung bewirkt, dass die supponirte syphil. Ursache der Tabes entfernt wird und neue Infiltrationen, welche weitere Bahnen in den Zerstörungsprocess hineinziehen, ausbleiben. Die elektrische Behandlung soll die Intensität erhöhen und alte oder neue Bahnen für den eingetretenen Functionsausfall schaffen". Eine Entscheidung über die sog. Heilbarkeit wollen wir indess an dieser Stelle nicht treffen, es ist darüber schon so viel geredet worden, dass jedes Wort überflüssig erscheint; die Erfahrungen eines ganzen, langen Menschenalters gehören dazu und die besitzen wir noch nicht. Aber wir möchten an dieser Stelle einen kleinen Excurs machen und der geistreichen Auseinandersetzung Strümpell's (Neurol. Centralbl. 1886. Nro. 19) einige Worte widmen. In dem Buche Rumpf's finden wir darüber nichts, möglich, dass dasselbe schon zum Drucke vorlag, als jener Aufsatz erschien. Strümpell scheint die Tabes nur ein besonderes Beispiel einer sehr häufig im Gebiete der Infectionskrankheiten zu beobachtenden Erscheinung zu sein. Wie z. B. nach Diphtherie gewisse „nervöse Nachkrankheiten" nicht so selten auftreten, die mit der ursprünglichen Schleimhauterkrankung nicht die mindeste Aehnlichkeit besitzen, die sicherlich nicht etwa von den Diphtheriebacillen abhängen, sondern vielmehr dem Einflusse eines später entwickelten *chemischen Giftes* zuzuschreiben sind, so handelt es sich auch wahrscheinlich bei der Syphilistabes um die Einwirkung eines chemischen, durch den Syphilisprocess erst secundär erzeugten Giftes auf das Rückenmark und gewisse periph. Nerven. Da die Syphilis eine äusserst chronische Infectionskrankheit ist, so müssen die secundären (toxischen) Giftwirkungen viel langsamer und später auftreten. Hinsichtlich der Behandlung führt diese Erwägung zu dem Schlusse, dass eine Quecksilberbehandlung die Regeneration der einmal zerstörten Nervenfasern nicht wieder bewirken kann; aber das Fortschreiten des tabischen Processes wird eine antisyphil. Behandlung aufhalten können, indem sie die Bedingungen für die Fortdauer der die Nervendegeneration erzeugenden Schädlichkeit einschränkt. Namentlich im Beginn der Erkrankung energisch antisyphil. behandelte Patienten zeigten einen auffallenden Stillstand des Leidens in den nächsten *Jahren*. Dasselbe, was Str. von der Tabes und ihrer Beziehung zur Syphilis sagt, gilt in gleicher Weise von der progressiven Paralyse, „der Tabes des Gehirns" nach Möbius. Auch Rumpf widmet der Dementia paralytica (pag. 279 ff.) ein eigenes Capitel und findet in 78% seiner Fälle Syphilis.

Schliesslich noch ein Wort über die Therapie (pag. 589). Verf. thut ganz Recht sich auf den Standpunkt Fournier's zu stellen, die Syphilis von Anfang an möglichst lange und möglichst energisch zu behandeln, um spätere schwere Ausbrüche zu vermeiden. Die sich jetzt immer mehr häufenden Erkrankungen des centralen Nervensystems, die hier in Aachen zur Behandlung kommen, lassen in der überwie-

genden Mehrzahl erkennen, dass sie kurz nach der Infection gar nicht oder höchst ungenügend behandelt sind. Gerne hätten wir es desshalb auch gesehen, wenn Verf. mit noch mehr Nachdruck die antisyphil. Behandlung des Initialstadiums der verschiedenen Krankheiten des Hirns und Rückenmarks betont hätte. Wir verweisen in dieser Beziehung noch einmal auf die goldenen Worte Gerhardt's (siehe d. Centralbl. 1886. pag. 300). Ueber Bäderwirkung, dieses vorzügliche Unterstützungsmittel bei syphil. Krankheiten des Nervensystems, hat Verf., wie er sagt, zu wenig Erfahrung. Allerdings in einigen Wochen erreicht man auch hier wenig, und Verf. hat ganz recht, in dieser Beziehung dem Publikum und auch wohl den Aerzten den Glauben zu nehmen.

Selbstverständlich haben wir bei einem so umfangreichen Werke nur einige gelegentliche Bemerkungen machen können. Ein genaues Eingehen auf alle Einzelheiten würde den uns zu Gebote stehenden Raum bei weitem überschreiten. Jedem, der sich mit dem Studium der Nervensyphilis befassen will, wird das Buch willkommen sein, da es die Literatur in ausgedehntem Masse berücksichtigt, wobei allerdings nicht verschwiegen werden darf, dass dem Verf. noch mancher werthvolle Fall entgangen ist. Den guten Rath aber im Interesse der Leser möchten wir für eine etwaige 2. Auflage noch geben, eine etwas bündigere Kürze in Zukunft eintreten zu lassen. Die Ausstattung des Buches ist, wie es sich bei der bekannten Verlagsbuchhandlung von selbst versteht, eine vorzügliche.

Goldstein (Aachen).

127) **Charcot** (Paris): Sclerose en plaques. (Gaz. des Hôp. 1886. Nro. 149.)

Die Diagnose der vorstehenden Affection kann deshalb eine schwierige sein, weil diese in ihrem Verlaufe verschiedene Eigenthümlichkeiten zur Schau trägt, namentlich häufig Remissionen macht und sogar mitunter eine Restitutio in integrum eingeht, was daher kommt, dass, da hier nur die Markscheide, nicht aber der Axencylinder, zerstört ist, erstere sich um diesen regenerirt.

Als Beweis für die obige Behauptung dienen zwei vorgestellte Krankheitsfälle, von welchen bei dem einen das Zittern fehlt und bei dem anderen vorhanden ist.

In beiden Fällen fehlen ferner Störungen der Intelligenz, die gewöhnlichen Begleiterscheinungen der Sclerose en plaques, die, wie Ch. besonders hervorhebt, auch aus einer Infectionskrankheit ihren Ursprung herleiten kann.

Pauli (Köln).

128) **Alfred Hinde** (Chicago): A Study of herpes zoster frontalis seu ophthalmicus, with a case. (Ein Studie über herp. zost. front., mit einem Falle.) (The Medic. Rec. 11. September 1886.)

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen unter Anderem zu folgenden Schlüssen: Der herp. zoster front. wird hervorgerufen durch die neuralgische Erkrankung der Zweige des ram. ophthalm. N. quint.

Es handelt sich dabei um Asthenie des betroffenen Nervengewebes, das keine oder keine constante anatomischen Veränderungen zeigt; in der grossen Mehrzahl der Fälle ist die Erkrankung centralen, in einigen wenigen nur peripheren Ursprungs; die betreffenden entzündlichen Erscheinungen des Auges und der Haut sind secundäre, von der Neuralgie abhängende, verdanken ihre Entstehung vasomotorischer Paralyse in Folge von einer Lähmung des Sympathicus oder in Folge des Einflusses bestimmter im N. trigeminus liegender trophischen Fasern, und stehen rücksichtlich ihrer In- und Extensität in geradem Verhältnisse zur Neuralgie; gegen diese ist daher in erster Linie die Behandlung zu richten.

Voigt (Oeynhausen).

---

129) **Robertson:** Tetanoid contractions and convulsions from peripheral irritation. Recovery. (Brit. Med. Jour. Jan. 1887.)

Bei einem 9 jährigen Knaben waren tetanische Contractionen und Convulsionen augenscheinlich bedingt durch zwei hohle Molarzähne mit Wurzelhautentzündung, denn, nach Extraction der beiden Zähne, erfolgte rasch vollständige Heilung.

Brandenburg (Halle).

---

130) **V. P. Gibney** (New-York): Cerebral paralysis in children. (Hirnparalyse bei Kindern.) (The Medic. Rec. 9. October 1887.)

Ein 4 1/2 jähriger Knabe wurde, nachdem er etwa 14 Tage lang an unruhigem Schlafe und anscheinend auch an Fieber gelitten hatte, von allgemeinen Krämpfen befallen, dieselben hörten im lauen Bade bald auf und der Knabe schlief ein. Nach dem einige Stunden später erfolgenden Erwachen wurde gefunden, dass Pat. mässig fieberte, die Sprache verloren hatte (die Zunge erschien schwer beweglich) und den rechten Arm gar nicht, den rechten Fuss schwächer, als den linken bewegen konnte; zugleich bestand Hyperästhesie der ganzen rechten Körperhälfte. Die Parese hatte am 3. Tage zugenommen; auch wurde an demselben ein vorübergehender klonischer Krampf des rechten Armes (ohne Verlust des Bewusstseins) beobachtet. Am 5. Tage zeigten sich Spasmen im linken Arme und rechtsseitige Gesichts-Parese, am 6. Tage starke Temperatursteigerung und klonische Krämpfe der rechten Körperhälfte einschliesslich Gesicht (dabei keine Bewusstlosigkeit); am 10. Tage zum 1. Male normale Temperatur und die Fähigkeit die Zunge etwas vorwärts zu bewegen; 3 Wochen später beginnende Abnahme der Hemiparese, rechts gesteigerter Patellarreflex. Dorsalklonus. Diagnose: Strümpell's Poliencephalitis. Verf. erzählt einen zweiten analogen, von Holt und ihm beobachteten Fall und gibt dann einen Auszug aus der Arbeit, die Wallenberg im Jahrbuch für Kinderheilkunde 24. Bd. 1886 über jene Erkrankung veröffentlicht hat.

Voigt (Oeynhausen).

131) **J. Leonard Corning** (New-York): Cerebral anaemia — its clinical manifestations, pathologie and treatment. (Hirn-Anämie, ihre klinischen Symptome, Pathologie und Behandlung.) (The Medic. Record 13. Nov. 1886.)

Verf. hat es verstanden, auf wenigen Seiten die Lehre von der Hirnanämie nach allen Richtungen hin (Geschichtliches, Experimentelles, Pathologisches etc.) klar und ziemlich erschöpfend darzulegen. Rücksichtlich der Diagnose sagt er, dass die durch allgemeine Inanition entstandene Hirnanämie ebenso leicht zu erkennen sei, wie die durch Blutverluste hervorgerufene; dagegen sei die auf vasomotorischen Störungen beruhende Anämie schwieriger zu diagnosticiren, da man leicht Gefahr laufe, die Affection mit cerebraler Hyperämie zu verwechseln; immerhin gebe es jedoch gewisse Hauptpunkte, deren richtige Erkennung die differentielle Diagnose erleichtern. Es finde sich nämlich:

bei der Hirnhyperämie.	bei der Hirnanämie.
a. Unruhe und Reizbarkeit während des Tages; Ideen-Verwirrung und Schlaflosigkeit während der Nacht.	Schläfrigkeit am Tage; die Schlaflosigkeit ist nicht in einem solchen Grade durch Ideenverwirrung characterisirt.
b. Temperatursteigerung über Hemisphären und Scheitel.	Temperaturverminderung an dieser Stelle.
c. Rothes Gesicht.	Blasses Gesicht.
d. Diffusen Kopfschmerz.	Umschriebener Kopfschmerz.
e. Vermehrte Energie der Herzaction. Palpitationen.	Verminderte Energie der Herzaction.
f. Klopfen der Carotiden; mässiger Druck auf sie macht keine Syncope.	Schwache und häufige Caroditenpulsation; mässiger Druck auf diese Arterien macht Schwindel und Syncope.
g. Blutüberfüllte Papille.	Blasse Netzhaut.
h. Verengerte Pupillen.	Erweiterte, träge Pupillen (oft ungleich).

Unter den Heilmitteln spielt, abgesehen von der nach acuten Blutungen etwa nothwendigen Autotransfusion etc. die Hauptrolle der Alcohol, der oft, aber in kleinen Dosen gegeben werden soll; in Fällen vasomotorischer Neurose empfehlen sich daneben „comprimirte Luftbäder", Chapman's Eisbeutel auf die Wirbelsäule, allgemeine Faradisation und centrale Galvanisation, Seebäder, längere Bettruhe (Mastcur) u. s. w.

Voigt (Oeynhausen).

132) **Martin Osley** (Liverpool): Treatment of tubercular Meningitis. (Behandlung der tuberculösen Meningitis.) (The Lancet. 30. Oct. 1886.)

Die tuberculöse Meningitis, weiter nichts als der Ausdruck der allgemeinen Miliartuberculose, kann, da ihre Symptome denen des Typhus und der suppurativen Pericarditis vollständig gleichen, nur durch die Autopsie diagnosticirt werden und unter Verlust des Bewusstseins nach 7—14tägiger Dauer tödtlich enden, wenn die Tuberkel die Gefässe des Gehirns in dem Grade comprimiren, dass ein stärkerer seröser Erguss in die Ventrikel desselben die Folge ist.

Greift eine solche Circulationsstörung nicht Platz, so beobachtet man einen Puls von 150—190 Schlägen p. M., eine Temperatur von 103—104,5° F. und eine vollständige Erhaltung des Bewusstseins bis zum Tode, der nach einer Krankheitsdauer von 15—30 Tagen erfolgt während im ersten Falle die Temperatur nie über 100° F. steigt und sich auch der Puls in den Grenzen von 80—100 Schlägen p. M. hält.

Pauli (Köln).

---

133) **Wollner** (Fürth): Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. (Münch. med. Wochenschrift 1887 Nro. 5.)

Verf. berichtet in der „casuistischen Mittheilung" in Kürze über die erfolgreiche Anwendung des Antipyrins bei einem 16 jährigen Mädchen, das nach vorausgegangenem sehr leichten Anfall von Gelenkrheumatismus am 27. Dezember (1886 ?) an Chorea minor erkrankte. Die Krankheit erreichte rasch einen hohen Grad; Kal. brom., Propylamin, Natr. salicyl. wurden ohne allen Erfolg angewendet. Vom 8. Januar an erhielt Pat. dreimal täglich 1 Gramm Antipyrin, unter deren Gebrauch sofort Besserung und innerhalb 12 Tagen Genesung erfolgte.

Karrer (Klingenmünster).

---

134) **Personali**: Ueber Methylal. (Les nouv. remèds. Novbr. 1886.)

P. empfiehlt das schon 1839 von Malaguti dargestellte Methylal als ein zuverlässiges Schlafmittel. Dasselbe stellt eine in Wasser und Alcohol lösliche Flüssigkeit dar, die einen dem Chloroform ähnlichen Geruch besitzt. — Die Wirkung ist, wegen der grossen Leichtigkeit, mit der das Methylal eliminirt wird, von nur kurzer Dauer. Es soll keine Störungen hinterlassen, doch vermehrt es die Herzschläge und erniedrigt den Blutdruck; auch wird die Respiration beeinflusst, indem dieselbe langsam und tief wird. Für die Verabreichung des Methylal werden folgende Formeln vorgeschlagen:

Rp. Methylal . . . 1,0
Syrup. Ribium . 40,0
Ag. destill. . . 110,0

Rp. Methylal . . . 1,5
Syrup. sympl. . 100,0.

Rabow (Berlin).

---

135) **Mackenzie**: Remarks on the value of Indian hemp in the treatement of a certain type of headache. (Bemermerkungen über den Werth von Cannabis indica in der Behandlung einer gewissen Form von Kopfweh.) (Brit. Med. Jour. Jan. 15. 1887.)

M. sah bei habituellem Kopfweh sehr gute Erfolge.

Brandenburg (Halle).

---

136) **W. H. Long**: Case ot fatal poisonnig by cocain locally applied. (Fall tödlicher Vergiftung durch örtlich angewandtes Cocain.)

(The American Lancet, Detroit, Novbr. 1886.)

Einem 33 jährigen, an Anfällen von Glottiskrampf leidenden Mann wurde eine $4^0/_0$ ige Cocainlösung vermittelst eines Wattebauscbes in den Kehlkopf gebracht; nach 3 Applicationen hörte der Krampf auf; $2^1/_2$ Stunde später trat Bewusstlosigkeit und tiefe allgemeine Anästhesie ein, der Athem wurde schwer, die Pupillen mässig verengt. Durch subcutane Anwendung von Whisky fing nach $^1/_2$ Stunde das Bewusstsein an wiederzukehren. Am 5. Tage danach wurde wegen erneuten Anfall's von Glottiskrampf die Kehlkopfschleimhaut mit einer $2^0/_0$ Cocainlösung bestrichen; nach $2^1/_2$ Stunden traten abermals Symptome der Cocain-Vergiftung ein und obgleich die Anästhesie nicht so tief war, als beim ersten Male, auch das Bewusstsein durch Whisky-Einspritzungen wiederkehrte, so hörte doch Pat. plötzlich auf zu athmen; kurze Zeit darauf stand auch das Herz still. Die Section gab keine Anhaltspunkte zur Erklärung des Todes; wahrscheinlich hatte das Cocain Paralyse der respiratorischen Centren hervorgerufen.

Voigt (Oeynhausen).

---

137) **Thos. J. Mays** (Philadelphia, Pa): Tea and its alcaloid, theine. (Thee u. sein Alcaloid Thein.) (The therapeutic. Gazette 15. Septembr. 1886.)

Nachdem Verf. gefunden hatte, dass Thein, unter die Haut gebracht, Analgesie hervorrufe und dass seine physiologische Wirkung von der Wirkung des mit ihm bis dahin für identisch gehaltenen Coffein wesentlich verschieden sei, wurde er erst gewahr, dass Thein und Coffein unterschiedslos aus Thee, Kaffee, Colanuss oder Paraguaithee dargestellt und aus demselben Gefässe je nachdem als Thein oder Coffein verkauft würde. Er liess sich daher von Harris in Philadelphia und Merk in Darmstadt die beiden Alcoloide besonders bereiten und fand nun, dass sie — beim Froschexperiment — *darin übereinstimmen*:

1. Dass sie zuerst die vorderen Extremitäten afficiren.
2. Die Respiration vermindern.
3. Während des späten Stadiums der Vergiftung Hyperästhesie machen und ferner, dass *sie in Folgendem differiren:*

1. Thein beeinflusst hauptsächlich die Sensibilität, — macht Anästhesie, Coffein nicht.
2. Thein macht tonische und klonische Krämpfe, Coffein nicht.
3. Thein beeinträchtigt frühzeitig den Nasenreflex, Coffein gar nicht oder höchstens in einem sehr späten Stadium.

4. Die tödtliche Gabe des Thein ist grösser, als die des Coffein.

Bei Versuchen an Menschen fand Verf. dass dies Thein, in mässiger Dosis ($^1/_3$ grain) subcutan gebraucht, unterhalb (centrifugal) der Einspritzungsstelle Anästhesie hervorruft, ohne die motorischen Nerven oder das Gehirn zu beeinflussen; es stellt sich Gefühl von Taubheit und Kälte, gelegentlich auch Temperatur-Verminderung und Pulsverlangsamung ein. Er benutzt es deshalb mit grossem Vortheile gegen Neuralgien, die lanciuirenden Schmerzen der Tabiker, Lumbago, Muskelrheuma, Schmerz in Folge von Carbunkeln, Entzündungen u. s. w. und erspart dadurch zugleich den Kranken die Nachtheile gewisser anderer anästhesirender Mittel, wie Morphium und Atropin, da es nur auf die Peripherie, nicht auf das Centrum wirkt.

Verf. schliesst seine interessante Arbeit mit der Widerlegung der neuerdings von Bullard (Boston) vertretenen Ansicht, dass der Theegenuss recht oft zu chronischer Thein-Vergiftung führe.

Voigt (Oeynhausen).

137) **John Blane Withe** (New-York): Antipyrin as an analgesic in headache. (Antipyrin gegen Kopfschmerz.)

(The Medic. Rec. 11. September 1886.)

Nach W. genügt oft eine einzige 15 grain. Dosis von Antipyrin um innerhalb einer halben Stunde alle möglichen Arten von Kopfschmerzen zum Verschwinden zu bringen: es tritt gewöhnlich zuerst Müdigkeit, dann kurzer Schlaf ein, aus welchem die Kranken ohne Kopfschmerz erwachen. Voigt (Oeynhausen).

139) **A. D. Rockwell** (New-York): Cases of somnambulism, their constitutional character and treatment. (Fälle von Somnambulismus — ihr Character und ihre Behandlung). (The Medic. Record 6. Nov. 1886.)

Nach Verf. ist der Somnambulismus bis zu einem gewissen Punkte vergesellschaftet mit einem hohen Grade körperlicher und geistiger Energie, und doch zeigt es sich in vielen Fällen, dass er nicht nur zu allgemeinen Constitutions-Störungen führt, sondern dass er häufig geradezu Ausfluss oder Symptom, und zwar nur Symptom, einer dunkeln tiefliegenden, constitutionellen Empfänglichkeit „des Nervensystems“ ist. Dies erhellt vor Allen daraus, dass es Fälle gibt (auch Verf. berichtet einen solchen) in welchem ein interessanter Symptomenwechsel stattfindet: auf Zeiten des Schlafwandelns folgen Perioden der Schlaflosigkeit und Neuralgie, die wieder abgelöst werden durch Schlafwandeln und so fort. Daraus folgt, dass die Behandlung eine allgemeine, namentlich das Nervensystem tonisirende sein muss; Verf. empfiehlt vor Allem die centrale Galvanisation, eventuell in Verbindung mit allgemeiner Faradisation. Voigt (Oeynhausen.)

140) **J. Mount Bleyer** (New-York): A case of imaginary hydrophobie. (Ein Fall von eingebildeter Tollwuth.)

(The Medic. Rec. 9. October 1886.)

Ein Fall von eingebildeter (hysterischer) Wasserscheu bei einem

15 jährigen Mädchen, das aus nervöser Familie stammend und die Berichte der Zeitungen über Hundswuth studirt hatte. Heilung durch psychische Einwirkung Voigt (Oeynhausen).

141) **A. Wildermuth** (Stetten): Ueber Degenerationszeichen bei Epileptischen und Idioten. (Würtemb. Medic. Correspondenzbl. 1886 Nro. 40.)

Verf. versteht unter Degenerationszeichen „anatomische und functionelle Abweichungen von der Norm, welche an sich für die Existenz des Organismus unerheblich, aber für offene oder latente neuropathische Anlage charakteristisch sind". Die Schädelanomalien z. B. Microcephalie oder hydrocephale Schädelbildungen, hochgradige Assymetrien etc. gehören seiner Ansicht nach nicht zu den eigentlichen Degenerationszeichen, ebensowenig angeborene Paresen und Contracturen, sowie Abnormitäten, welche auf rachitischem oder scrophulösem Boden entstanden sind.

Was zunächst die hierher gehörigen Anomalien des Auges betrifft, so können dieselben hier übergangen werden, da sie bereits in dem Referat über den Aufsatz des Prof. Dr. G. Schleich (cf. Zeitschrift für Behandlung Schwachs. u. Epilept. Band I) aufgeführt sind.

Ein weiteres Degenerationszeichen bilden Unregelmässigkeiten in der Gestaltung der Ohren. Dieselben bestehen in auffallender Asymetrie in Anordnung der Knorpelwindungen der Ohrmuschel, in mehr als gewöhnlicher Grösse und Plattheit der letzteren, in bedeutender Prominenz des Anthelix, im Fehlen des Ohrläppchens entweder allein für sich oder im Verein mit den ebengenannten Missbildungen.

Einer Anomalie der Ohrbildung erwähnt Verf. nicht, die nach Ansicht des Ref. auch hierher gehört, nämlich der fehlenden Differenzirung der Ohrläppchen (sogen. „verwachsene Ohrläppchen").

Die degenerativen Anomalien des Gaumens zeigen sich in sehr starker kielförmiger Wölbung oder in starker Abflachung des Gewölbes des harten Gaumens. Ferner gehört hierher auffallendes Prominiren des mittleren Theiles des Unterkiefers über die seitlichen Partien in vertikaler Richtung, Anomalien in Stellung und Beschaffenheit der Zähne (Caries der Zähne ist z. B. bei Idioten sehr häufig), Asymetrien der Gesichtshälften, Veränderungen der Gesichtshaut in Form wulstiger Verdickung an der Stirn oder starker Fältelung im Gesicht, Abnormitäten der Genitalien besonders häufig unvollständiger Descens. testiculorum. Auffällige Anomalien in der Beschaffenheit der Haare oder der Behaarung hat Verf. nicht beobachtet. Der Untersuchung lag ein Material von 200 Epil. und 142 Idioten zu Grunde. Davon waren mit Degenerationszeichen behaftet 107 E. (54%) und 114 I. (80%). Der Häufigkeit des Vorkommens nach nehmen die Anomalien des Gaumens die 1. Stelle ein. Dann folgen diejenigen der Ohren, sodann die Anomalien der Zähne und die Asymetrie der Gesichtshälften. Bei hereditär Belasteten finden sich sämmtliche Degenerationszeichen weit häufiger als bei nicht Belasteten. Die betreffenden Zahlen möge man im Original nachlesen. Die Vermuthung des Verf., dass sich bei Individuen mit ererbter neuropathischer Anlage auch an den

inneren Organen Abweichungen von der Norm finden werden, findet zum Theil schon eine Stütze in den Untersuchungen von Flesch, der bei 54 Verbrecherleichen 8 mal Anomalien des Herzens und am Gefässsystem fand, und von Knecht der bei 120 Sektionen von Strafanstaltsbewohnern mehreremale Anomalien in der Lappung der Lunge, der Leber oder der Milz und atypischen Verlauf in der arteria renalis fand. Verf. wirft auch die Frage auf, ob nicht auch manche Anomalien in der Anordnung der Hirnwindungen, wie sich bei E., I. und Verbrechern häufig finden, als Degenerationszeichen an zu sehen sind. Zum Schluss erwähnt er noch einige funktionelle Anomalien bei seinen Kranken, z. B. im Vorhalten des Patellarreflexes, der Hautreflexe, der Sprache, des Ganges und der Augenmuskeln. In 72% der E. und 60% der I. war der P.-Refl. gesteigert, abgeschwächt oder auf beiden Seiten verschieden. Bei 34% der untersuchten E. fehlte der Abdominal- und Pl.-Refl., bei 30% verhielt er sich asymetrisch. Die Störungen der Sprache bestehen vorzugsweise im Stammeln, selten in eigentlichem Stottern und finden sich bei den I. viel häufiger als bei den E. Die Störungen des Ganges beruhen in leichteren oder schwereren Coordinationsstörungen, auch hier stellen die I. bei weitem das grösste Contingent. Anomalien in der Funktion der Augenmuskeln fand sich bei 10% der I. und bei 5% der E. Bei Letzteren handelte es sich um Strabismus. Reinhard (Hamburg).

---

142) **Bourneville** (Paris): De la température dans les accès sériels d'épilepsie. (Ueber die Temperatur in den serienweise auftretenden epileptischen Anfällen.) (Le Progrès méd. Nro. 2. 1887.)

B. hat bereits früher nachgewiesen, dass die isolirten epilptischen Anfälle mit einer Temperatursteigerung einhergehen, die zwischen einigen Zehnteln und einem Grade und darüber schwanken kann.

Er hat nun untersucht, wie sich die Temperatur bei serienweise auftretenden Anfällen verhält. (Diese sind bekanntlich durch kürzere oder längere Intervalle getrennt, während welcher das Bewusstsein stets wiederkekrt, und kann der Kranke 2 bis 4 bis 10 Anfälle an demselben Tage haben.) Während dieser Anfälle wird gleichfalls eine mässige Erhöhung der centralen Temperatur constatirt. In diesem Punkte findet B. sich also in Uebereinstimmung mit Wittkowski, der in dieser Beziehung nichts Neues gefunden hat, da B. bereits vor 15 Jahren darauf aufmerksam machte.

Es wurden 8 einschlägige Fälle citirt, mit Serien von 2 bis 7 Anfällen, in denen eine mässige Teperaturerhöhung beobachtet wurde. Bei diesen Kranken war jeder Anfall von dem nachfolgenden Anfalle durch die Rückkehr des Bewusstseins getrennt. Auf diese wichtige Erscheinung muss besonderer Nachdruck gelegt werden, denn sie trägt (mit der Abwesenheit der Hyperthermie) dazu bei, die Serien des epileptischen Anfalls vom Status epilepticus zu unterscheiden.

Rabow (Berlin).

---

143) **Hughes Bennet** and **Pearce Gould:** Case of epilepsy of six years duration. Complete recovery after surgical operation on the skull and brain. (Ein Fall von sechs Jahre lang bestehender Epilepsie. Vollständige Heilnng nach einer chirurgischen Operation am Schädeldach und am Gehirn.) (Brit. Med. Journ. 1. Januar 1887.)

Die epileptischen Anfälle waren aufgetreten nach einer Kopf-Verletzung, die, wie sich bei der Operation heraussstellte, nur die Weichtheile betroffen hatte. Den sich fast wöchentlich wiederholenden Anfällen ging als Aura die Wahrnehmung einer breiten, rothen Flamme worauf, und es folgten ihnen kurzdauernde, aber sehr heftige Tobsuchtszustände mit Gesichtshallucinationen. Die von der Verletzung herrührende Hautnarbe entsprach ihrer Lage nach dem Gyrus angularis. Knochen, Hirnhäute und Hirnrinde waren normal. Zu diagnostischen Zwecken wurde trotzdem in 4 verschiedenen Richtungen circa 1 engl. Zoll tief in das Gehirn eingegangen mit einem feinen Messer, mit einer Sonde und mit der Canüle einer Pravaz'schen Spritze. Fünf Monate nach der Operation hatte sich Pat. vollständig erholt. Die Anfälle waren nicht wiedergekehrt. Bennet empfiehlt die Operation in allen Fällen, die der üblichen Therapie Widerstand leisten. Der Gyrus angularis steht in engen Beziehungen zum Gesichtssinn. Aus einer von der Narbe ausgehenden Reizung des Gyrus angularis erklärt Bennet die Lichtempfindung während der Aura und die post-epileptischen Gesichtshallucinationen. Brandenburg (Halle).

---

144) **Silvio Venturi:** La plagiocefalia e le convulsioni. (Ueber Plagiocephalie und Krämpfe.) (Separatabdruck aus Gironale di Neuropathologia 1886.)

Derselbe: Sull' udito degli epilettici. (Ueber das Gehör der Epileptiker.) (Separatabdr. aus Archivio di Psichiatria etc. Vol. VII. Fasc. IV.)

In vorstehenden Arbeiten wird die Beziehung zwischen der Plagiocephalie namentlich bei Epileptischen und einigen der unter dem Namen „Lateralismus" zusammengefassten halbseitigen Erscheinungen einer eingehenden Erörterung unterzogen. Es wurden nur solche Fälle verwerthet, bei denen die Plagiocephalie schon bei einfacher Besichtigung deutlich zu Tage trat.

Unter 35 mit Schiefschädeln behafteten Epileptischen fand sich 8 mal rechtseitige Pl. mit linksseitigen oder doch linkerseits beginnenden Krampfanfällen, 13 mal linksseitige Pl. rechtsseitigen Anfällen verbunden; 10 mal waren mit der Pl. allgemeine Krämpfe, welche auf beiden Seiten, soweit beobachtet werden konnte, gleichzeitig einsetzten, verbunden und 4 mal fiel die zurückgebliebene Schädelhälfte mit der Seite der localisirten Krämpfe zusammen.

Es stehen demnach den 21 Fällen, welche dem Nachweise des Zusammenhanges beider Erscheinungen dienen, nur 4 negative gegenüber. Ausserdem stehen verschiedene einseitige sensible, motorische und vasomotorische Störungen mit der Pl. in ähnlichem Zusammenhange.

Unter diesen wird in der zweiten Arbeit die Gehörschärfe einer

gesonderten Betrachtung unterzogen. Bei den hierauf gerichteten, 30 Individuen, welche sämmtlich von Affectionen des Gehörorgans frei waren, betreffenden Untersuchungen konnte eine ganz constante Herabsetzung der Hörschärfe auf der der Pl. entgegengesetzten Seite nachgewiesen werden.

Die Vertheilung von Rechts- und Linkshändigkeit erweist sich übrigens von der Seite der gleichzeitig etwa bestehenden Pl. als unabhängig.

Die causalen Bedingungen, welche zwischen der Schädelverbildung einerseits und den damit correspondirenden Functions-, resp. Wachsthums- und Ernährungsanomalien des Gehirns andererseits bestehen, sind noch nicht sicher bekannt, doch scheint das häufige Vorkommen einseitiger Krämpfe auf der entgegengesetzten Seite geeignet zu sein, einigen Aufschluss darüber zu geben, indem es für die Annahme spricht, dass wir es mit Compressionswirkungen zu thun haben, welche sich bekanntlich mit besonderer Vorliebe in Form localisirter Krämpfe äussern.

Die Möglichkeit einer Compression scheint zwar durch das Adaptionsvermögen beseitigt zu werden, doch ist dabei zu beachten, dass die compensatorische Ausbuchtung der hinteren Schädelgrube, welche man bei ausgeprägter vorderer Pl. findet, nur durch Druckwirkung zu erklären ist und dass ausserdem bei den Verschiebungen, welche das Gehirn bei Lageveränderungen des Kopfes auszuführen hat, durch den abnorm gestalteten Schädelraum zu vorübergehenden partiellen Compressionen stets Gelegenheit gegeben werden muss.

Es wird demnach in der Pl. und zwar in der comprimirenden Wirkung derselben eine häufige Ursache bestehender Epilepsie zu suchen sein, namentlich in den Fällen wo partielle resp. unilaterale Krämpfe vorhanden sind. Nagel (Halle a. S.).

145) **J. A. Dawidow** (Charkow): Progressive Paralyse im Knabenalter. (Russisch. Archiv psychiatrii Bd. 1. XX Nro. 1.)

Bekanntlich ist das Vorkommen dieser Krankheit in der Jugend äusserst selten. Regis beschrieb einen derartigen Fall bei einem 19 j. Knaben, Wiglesworth bei einem 15 j. Mädchen. Der hier beschriebene Fall betrifft einen 17 j. Schulknaben, dessen Mutter als geisteskrank im Irrenhause ein halbes Jahr verlebte, und dessen Vater mit Lues behaftet war. Der Knabe lernte schlecht, beschäftigte sich viel mit Lectur dramatischer Werke, besuchte oft das Theater und wiederholte gern die Rollen mancher Schauspieler; gleichzeitig trieb er Onanie. Im März 1886 wurde er stillschweigend, trübselig; von Angstgefühlen behaftet, verlies er öfters das Haus und trieb sich herum. In der Anstalt äusserte er ebenfalls Angstgefühle, sodann deprimirte Stimmung. Indifferentismus, unwillkürliche Harn- und Kothentleerungen. Ende April wird er lustig, singt und deklamirt, nennt sich Napoleon den III., gibt an, dass die dänische Prinzessin in ihn verliebt sei, die ganze Welt mit ihren Reichthümern gehöre ihm. Gehörshallucinationen; Kaiser Alexander komme zu ihm in einer goldenen Equipage; gibt an, von

Socialisten umringt zu sein. Gleichzeitig Gedächtniss- und Urtheilsschwäche. Somatisch: Ungleiche Pupillen, Facialisparese rechts, Zukkungen in den Gesichtsmuskeln und den Oberextremitäten; herabgesetzte Sensibilität; Patellarreflexe erhöht. P. bleibt meist zu Bette, klagt über Kribbeln in der Haut; Stuhlentleerungen öfters unwillkürlich. — V. glaubt, dass Luës des Vaters den Ausbruch der Paralyse verursachte. Wenngleich man die Diagnose kaum bezweifeln kann, so ist zu bedauern, dass der weitere Verlauf der Krankheit nicht angegeben ist. Nur dieses könnte uns über die Natur des Krankheitsprocesses Aufschluss geben. Rosenthal (Warschau).

146) **J. Langdon Down**: Some of the mental affections of childhood and youth. (Ueber einige Geisteskrankheiten der Kinder.)

(Brit. Med. Jour. Jan. 8. 22. Febr. 5. 1887.)

In der ersten Vorlesung recurirt D. auf eine früher von ihm vorgetragene ethnische Vorstellung, dass degenerirte Menschen höherer Racen Menschen niederer Racen glichen, dass man nach ihrem Aussehen psychisch Kranke der kaukasischen Race unterscheiden könne nach einem Neger-Typus einem Malayen- einem Mongolen-Typus u. a. m.

Nach ihrem Auftreten kann man die Geisteskrankheiten der Kinder eintheilen in congenitale, in solche, welche während der Entwicklungsphasen (erste und zweite Dentition, Pubertät) einsetzen und in accidentell einsetzende.

Die congenitale Geisteskrankheit ist der Schwachsinn, rein psychisch als Idiotie oder zusammen mit körperlichen Missbildungen: Imbecillität nach D.

Wegen zahlreicher interessanter statistischer Angaben, über die Ursachen des congenit. Schwachsinn's müssen wir auf das Orginal verweisen. Hier sei nur angeführt die Angabe, dass als Ursache für den Schwachsinn weniger beschuldigt werden kann der Gebrauch der Zange, als die allzu protrahirten Geburten, bei denen die Kinder asphyctisch zur Welt kommen. Hereditäre Syphilis, Altersverschiedenheit der Eltern oder Blutsverwandtschaft spielen ätiologisch keine grosse Rolle.

Von den im Säuglingsalter einwirkenden Schädlichkeiten muss in erster Linie für das Hervorbringen von Schwachsinn verantwortlich gemacht werden das Spielen an den Genitalien des Kindes seitens der Ammen und dadurch verursachter Eretismus. Weiter folgen kurze Schilderungen der einzelnen Formen der Psychosen bei Kindern, dann einige Angaben über den pathologischen Befund einzelner Fälle aus der Beobachtung Ds. die nichts neues enthalten.

Die Behandlung schwachsinniger Kinder soll möglichst früh beginnen, und zwar werden solche Kinder am besten zusammen mit ihres gleichen erzogen in Anstalten, die für die geistige und körperliche Ausbildung dieser unglücklichen Geschöpfe eingerichtet sind.

Hauptsorge der Erziehung muss es sein die Kinder möglichst selbst denkend und selbsthandelnd zu machen und nicht ihnen eine grössere oder geringere Summe von Kenntnissen mühsam einzubläuen. Dann

darf man auch hoffen die Mehrzahl dieser Kinder noch zu leidlich nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft heranzubilden.

Brandenburg (Halle).

---

147) **W. Fletcher** (Indianopolis): Three Cases of Insanity treated by demoval of depressed Bone. (Drei Fälle von Heilungen einer Geisteskrankheit durch Entfernung eingedrückter Schädelknochen.)

(Amer. Journ. of Insan. April 1886.)

Der erste Kranke war nach einem Falle von einem Gerüste epileptisch geworden und später auch geisteskrank. Nach 6 jähriger Dauer der Krankheit wurde der Kranke geheilt durch Ausmeisselung eines deprimirten Schädelknochens von etwa 1″ Durchmesser. Die Depressionsstelle lag im hintern obern Winkel des linken Scheitelbeines.

Der zweite Fall betraf einen 47 jährigen Kranken, bei welchem nach einer Kopfverletzung sich allmählich eine tiefe Melancholie entwickelt hatte. Die Ausmeisselung eines ca. ½″ breiten 1″ langen eingedrückten Knochenstückes auf der Höhe des linken Scheitelbeines und die Entfernung eines feinen die Dura durchbohrenden Splitters erzielte Heilung nach dreijähriger Krankheitsdauer.

Im dritten Falle wurde durch Entfernung eines 2″ langen 1″ breiten deprimirten Knochenstückes aus dem linkem Scheitel und Stirnbein eine Dementia von 6 jähriger Dauer bei einem 23 jährigen Kranken geheilt.

Karrer (Klingenmünster).

---

148) **Bonnet:** Paralysie générale. — Boulimie. — Asphyxie par les aliments. (Allgemeine Paralyse — Heisshunger — Erstickungstod durch Nahrungsmittel.) (Le Progrès méd. Nro. 50. 1886.)

Der ausführlich geschilderte Krankheitsfall betrifft einen Paralytiker, der in seinem Heisshunger wiederholt grosse Stücke Fleisch gierig verschlung und einige Male dem Erstickungstode nahe gewesen war. Er ging auch schliesslich asphyctisch zu Grunde, nachdem er einem andern Kranken ein Stück Brod entwendet und dasselbe brüsk heruntergeschluckt hatte. — Bei der Autopsie fand man die Trachea bis zur Bifurcation der Bronchien mit Speiseresten gänzlich ausgefüllt.

Wenn der Paralytiker mit unersättlicher Gier isst, gelangen die Nahrungsmittel rapid in den Magen, werden schlecht verdaut und schnell in den Darm befördert. Der Kranke empfindet oft das Bedürfniss zu essen. Werden ihm nun Nahrungsmittel gereicht, so werden — bei dem Mangel an Vernunft im Bunde mit dem vegetativen Bedürfniss — dieselben verschlungen. Daher die unglücklichen Zufälle.

Welche Beschaffenheit, so fragt B., müssen die einem solchen Kranken zu reichenden Alimente haben? Sollen sie fest, halbflüssig oder flüssig sein?

B. gibt den halbflüssigen Nahrungsmitteln den Vorzug, weil die ersten Theilchen, sobald sie in den Larynx gelangen, leichter ausgestossen werden als die festen, die nicht mehr der zum Auswerfen erforderlichen Kraft begegnen, und weil die flüssigen ganz direct passiren.

Rabow (Berlin).

---

149) **D'Abundo** (Neapel): Le Lesioni della vesica e della prostate nella paralisi progressiva. (Erkrankungen der Blase und der Prostata in der progressiven Paralyse.) (La Psichiatrii 1886. 1. 2.)

Verf. will bei Paralytikern bereits in relativ frühem Alter auffallend häufig verschiedene Blasenleiden und Prostatahypertrophie angetroffen haben; namentlich auf das Zustandekommen der letzteren mögen sowohl die nervösen als auch die vasculären Störungen Einfluss haben. — Dass das häufige Auftreten von Cystitis bei Paralytikern eine unangenehme Complication ist, ist bekannt.

Obersteiner (Wien).

---

150) **G. Seppilli** (Imola): Das Gewicht der Grosshirnhemisphären bei den Geisteskranken. (Il peso degli emisferi cerebrali nei pazzi). (Arch. ital. p. l. mal. nervose 1886. 6.)

Gewogen wurden 390 Gehirne; das Gewicht beider Grosshirnhemisphären war gleich in 56 Fällen, 178 mal war die rechte und 156 mal die linke Hemisphäre schwerer. Am häufigsten fanden sich beide Hälften von ungleicher Schwere bei epileptischen Kranken, in der Paralyse, der Pellagra und im senilen Irrsinn. Bei diesen Krankheitsformen, mit Ausnahme der Pellagra waren auch besonders grosse Differenzen über 10 (bis 140 Gramm) am häufigsten. Namentlich wurden die grössten Unterschiede bei Epileptikern mit Schädelasymetrie, und bei alten Personen mit einseitiger Gehirnatrophie in Folge von alten Apoplexien angetroffen.

Verf. ist der Anschauung, dass eine Ungleichheit im Gewichte beider Hemisphären auch an gesunden Gehirnen sich nicht seltener constatiren lasse, doch beträgt diese Differenz nur ausnahmsweise mehr als 7 Gramm, während sie bei Geisteskranken sehr oft einen viel höheren Grad erreicht. In vielen aber keineswegs in allen Fällen, in welchen die Kranken vor dem Tode längere Zeit hindurch meist auf einer Seite gelegen hatte, fand sich die Hemisphäre dieser Seite schwerer.

Obersteiner (Wien).

---

151) **P. M. Wise** (Willard): Recovery of the chronic Insane. (Genesung von chron. Irresein). (Armerican. Journal of Insanity April 1886).

Verf. berichtet 13 Fälle von Genesungen nach oft jahrelanger Dauer der Geisteskrankheit. Darunter befinden sich drei Fälle, in welchen nach $2^1/_2$, 3 jähriger und einjähriger Tobsucht die Kranken von Typhus befallen wurden und mit der Genesung von dieser acuten Erkrankung auch geistig sich wieder völlig erholten. Es sind überhaupt beinahe alle Fälle von Tobsucht mehrjähriger Dauer, bei manchen derselben war anscheinend schon der Uebergang in Blödsinn vorhanden. Heftiger Schreck erscheint zweimal als nächste Ursache der Besserung, ein 16 jähriger Bursche trat in die Genesung nach $^5/_4$ jähriger Melancholie ein, als er nach einem Erhängungsversuch wieder ins Leben zurückgerufen worden war. Bei einer weiblichen Kranken wurde nach 15 jähriger Krankheit (Verrücktheit! Ref.) der Anstoss zur

Besserung dadurch gegeben, dass man dieselbe zum Harmoniumspiel brachte. Sie genas im Verlaufe eines Jahres und war später Kirchenorganist und Musiklehrerin.

Karrer (Klingenmünster).

152) **A. M. Shad** (Middletown): Progress in the treatment of the Insane. (Fortschritte in der Irrenbehandlung).

(Armerican Journal of Insanity April 1886.)

Der bei der Versammlung der american. Anstaltsdirectoren gehaltene Vortrag bezieht sich auf Verbesserungen in der Irrenbehandlung, wie es solche Vortr. den Jahresberichten der armeric. Anstalten für das Jahr 1884 entnehmen konnte. Wir erfahren, dass in einigen Anstalten von dem Gebrauche der Alcoholica vollständig Abstand genommen wurde und zwar mit bestem Erfolge. Es werden besprochen die Einführung von Nachtwachen, die Unterhaltungen und Vergnügungen, Restraint und Non-restraint, das Open-Doorsystem, welches in einigen Anstalten theilweise durchgeführt ist. Es wird berichtet, dass in der Buffalostaatsanstalt eine Wärterschule mit Erfolg errichtet wurde; die Anstellung weiblicher Assistenzärzte für die Frauenabtheilung erscheint dem Vortr. empfehlenswerth; in einigen Anstalten wurde günstiger Einfluss auf die Kranken erzielt durch Verbringung derselben in „Sommerfrischen" w. s. f. Karrer (Klingenmünster).

153) **Charles K. Mills:** On the nursing and care for the insane. (Ueber das Pflegen und Hüten der Geisteskranken.)

(The Therap. Gazette 15. October 1886.)

Der Irrenpfleger soll nach Verf. einige oberflächliche Kenntnisse der verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten haben, auch wissen, dass z. B. die Kranken dieser Form zum Selbstmord, die jener zum Zerstören u. s. w. neigen, dass die einen mild, die anderen rauher anzufassen sind etc.; daneben sollen sie die Eigenthümlichkeiten ihrer Pflegebefohlenen studiren, um zu wissen, was z. B. den Melancholiker am schnellsten erheitert, den Maniacalischen am schnellsten beruhigt, den Verrückten von seinen Ideen abzieht; auch verlangt er, dass sie wissen, was unter Sinnestäuschungen, Illusionen, Hallucinationen zu verstehen ist, damit sie betreffenden Kranken vor gewissen mit jenen zusammenhängenden Gefahren schützen; endlich sollen die Pfleger auch darüber belehrt werden, dass nicht nur Gesunde, sondern auch Geisteskranke zuweilen Geisteskrankheiten simuliren, und ferner, dass Geisteskranke auch hysterisch sein können (weil sonst die Pfleger manchmal gewisse Massnahmen des Arztes nicht begreifen, den Fall besser zu verstehen glauben, am unrechten Platze zu nachgiebig oder zu hart sind u. s. w.) Ein Haupterforderniss ist weiterhin „Reinlichkeit des Körpers (des eigenen und des Kranken), der Sprache und des Herzens." vor Allem auch Gewissenhaftigkeit; sodann sollen sie ihre Kranken weder belügen oder täuschen (seltene nothwendige Fälle abgerechnet!) noch sie lächerlich machen, den einen vor dem andern vorziehen u. s. w.

Schliesslich gibt Verf, Vorschriften, wie der Pfleger — natürlich nur auf Anordnung des Arztes — manchmal Gewalt, Douchen, Bäder, vor allen die verschiedenen Arten der gewaltsamen Fütterung (durch Nase, Magenschlauch etc.) auszuführen habe.

Voigt (Oeynhausen).

III. Aus den Vereinen.

I. Société de Thérapeutique zu Paris.

Sitzung vom 22. Dezbr. 1886. (Le Progrès méd. Nro. 2 1887.)

154) **Dujardin-Beaumetz** glaubt, dass das *Acetanilid* (*Antifebrin*) auf das cerebro spinale Nervensystem wirke. Es setze die Erregbarkeit des Rückenmarks herab. Wie bereits Lépine, Charcot und er gezeigt, beruhige es die blitzartigen Schmerzen der Tabiker. Die Darreichung des Mittels geschieht am besten in Wein in Gaben von 0,5. In einem Falle schwanden dabei die convulsiven Anfälle eines Epileptikers. — Diese Medication bedürfe aber noch weiterer Prüfung.

C. Paul hat mit 0,25—0,5 Acetanilid täglich, gar keine Wirkungen eintreten sehen. Man müsse den psychischen Einfluss nicht übersehen, den jedes neue Mittel stets hervorrufe.

Dujardin-Beaumetz meint, dass C. Paul sich zu kleiner Dosen bedient habe. Auf die Frage von Gassicourt, an welcher Form von Epilepsie der vorhergenannte Kranke gelitten, erfolgt die Erwiderung, dass Pat. an einer seit frühester Jugend existirenden Athrophie des rechten Armes gelitten und dass die Anfälle bereits im Alter von 2 Jahren begonnen. — Da die Anfälle übrigens gewöhnlich in grossen Zwischenräumen auftraten, will Vortr. seine Mittheilung über diese Art der Behandlung nur unter der grössten Reserve gemacht haben.

Gassicourt beabsichtigt, das Acetanilid bei einem Epileptiker zu versuchen, den er lange beobachtet hat und bei dem alle Mittel sich bisher wirkungslos gezeigt haben. Rabow (Berlin).

II. Société de Chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 29. Dezbr. 1886. (Le Progrès méd. 1. 1887.)

155) **Schwartz** berichtet über einen Fall von *Verwundung des Nervus medianus mit Nervennath.* Dabei legt er Gewicht auf das Fehlen der Wiederkehr der Sensibilität in dem Bereiche des durchschnittenen Nerven unmittelbar nach der Nath. Rabow (Berlin).

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 8. Januar 1887. (Le Progrès méd. Nro. 3 1887.)

156) **Ch. Feré** trägt über einen Fall von *Dacryorrhoea tabetica* vor.

Es handelt sich um einen an den charakteristischen Symptomen der Tabes leidenden Mann, bei dem sich anfallsweise Thränenfluss auf

einem Auge einstellt. Die Thränen kommen ohne äussere Ursache und verschwinden schnell, ohne eine Spur zu hinterlassen. Zuweilen sind damit Schmerzen (auf der Seite des afficirten Auges) verbunden. Diese Anfälle zeigen die gewöhnlichen Kennzeichen der andren vasomotorischen Krisen. Rabow (Berlin).

IV. Clinical society of London.

Sitzung vom 14. Januar 1887. (The Brit. Medic. Jour. 22. Jan. 1887.)

157) **Samuel West** berichtet über einen Fall von *Hemiplegia dextra cum Aphasia* bei einem Kinde gelegentlich eines Keuchhusten-Paroxismus aufgetreten, welche später nachliess um einer *Athetose* Platz zu machen. Einen ähnlichen Fall hat Dr. Radcliff Crocker beobachtet: Plötzlich aufgetretene und in kurzer Zeit vorübergehende Aphasie und Lähmung der rechten Hand mit nachfolgender Athetose.

Hier war wohl die Ursache nach Cr. ein von einer Mitralklappen-Affection herrührender Embolus. Wo? der Embolus nach Cr. sitzen soll, ist nicht angegeben.

V. Pathological society of London.

Sitzung vom 1. Februar 1887. (Brit. Med. Jour. 5. Februar 1887.)

158) **Barling** berichtet über einen 12jährigen Knaben mit epileptischen Anfällen, Hemiplegie dextra, Coma, Tod. Bei der Section fand man in der linken Hemisphäre zwei tuberculöse Tumoren, der eine wallnussgross, der andere etwas kleiner, ohne eine Spur sonstiger tuberculöser Erkrankung im ganzen Körper.

Brandenburg (Halle).

Berichtigung.

Nro. 8. p. 73. Zeile 4 von oben muss es heissen anstatt Hauptsache — Hypothese.

Es ist ein Referat für italienische Psychiatrie und Neurologie zu vergeben. Red.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. 15. März 1887. Nro. 6.

Inhalt.

I. Originalien. 1. Ueber Hysteroepilepsie der Knaben. Von Prof. **Karl Laufenauer** in Budapest. II. Die neurologische Section auf dem II. Congresse russischer Aerzte in Moskau 1887. Von Dr. **Hinze** in St. Petersburg.

II. Referate und Kritiken. **Forel**: Einige Hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse. **Ziehen**: Secundäre Degeneration nach Exstirpation motorischer Rindenregionen. **Greenfield**: Gehirnabscess. **Vierordt**: Zur Frage vom Wesen der Bleilähmung. **Martius**: Ueber Accessoriuslähmung bei Tabes dorsalis. **Richter**: Ein Fall von typisch recidivirender Occulomotoriuslähmung mit Sectionsbefund. **Eulenburg**: Ueber therapeutische Wirksamkeit der Spannungsströme (allgemeine und lokalisirte Franklinisation). **Blanc-Fontenille**: Statische Electricität. **Chadwick**: Duboisinvergiftung. **Colling** Delirium nach Duboisin- und Atropin-Gebrauch. **Scheps**: Bromaethyl. **Tomaschewsky**: Zur Frage über die Betheiligung der Hirnrinde an der Entstehung des epileptischen Anfalls. **Pick**: Epileptische Geistesstörung. **Offer**: Ein Fall von acutem tödtlichen Irresein (Hysterie). **Wille**: Ueber Nierenkrankheiten und Psychosen. **Fischer**: Ueber einige Veränderungen welche Gehörshallucinationen unter dem Einflusse des galvanischen Stromes erleiden. **Moeli**: Ueber die Pupillenstarre bei progressiver Paralyse. **Mayr**: Ein Fall von Schwachsinn. **Sander** und **Richter**: Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. **Jahresbericht** der niederösterreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs und Klosterneuburg pro 1883.

III. Aus den Vereinen. Academy of medicine in Irland.

I. Originalien.

I.

Ueber Hysteroepilepsie der Knaben.

Von Prof. KARL LAUFENAUER in Budapest.

In der Literatur wie in den wissenschaftlichen Vereinen bildet die bei dem männlichen Geschlechte zu beobachtende Hysterie den Gegenstand eines fortwährend wachsenden Interesses.

Was hauptsächlich die Hysteroepilepsie der Männer anbelangt, so unterscheidet sich dieselbe in Nichts von der der Frauen, denn bei beiden sind die psychischen, wie physicalischen Symptome vollkommen gleich. Dasselbe lässt sich von der im Kindesalter zu beobachtenden hysterischen Erkrankung sagen, mit dem Unterschiede, dass das Krankheitsbild bei Kindern weniger ausgesprochen und typisch ist.

In den letztverflossenen Monaten hatte ich Gelegenheit 4 hysteroepileptische Knaben zu beobachten, deren kurze Krankheitsgeschichten ich hier folgen lassen will:

I. Hugo H. 10 Jahre alt. Die Mutter ist hysterisch, hat ausgesprochen neuropathische Augen. Im Frühlinge v. J., als er eines Tages in die Schule ging, erfasste ihn auf dem Wege dahin ein Schwindel, in Folge dessen er, als er in das stark geheizte Schulzimmer trat, plötzlich besinnungslos zusammenstürzte und am ganzen Körper von Krämpfen befallen wurde; nach einer viertel Stunde kam er zu Besinnung und fühlte sich ganz wohl. Seit dieser Zeit wiederholten sich ähnliche Anfälle anfangs wöchentlich, später täglich 1—2 mal, bis nach Verlauf von 5 Monaten eine 2 monatliche Pause eintrat. Seit drei Monaten bestehen die Anfälle wieder; in der letzten Zeit weis der kleine Pat. seine Anfälle im Vorhinein anzukündigen, denn einige Stunden vor dem Erscheinen derselben, fühlt er am Processus mastoideus einen Schlag. Der Anfall wird durch psychische Störung eingeleitet: er verliert das Bewusstsein, haut erregt mit seinen Händen um sich, delirirt lebhaft, nennt die um ihn stehenden „Räuber, Mörder“, will dieselben schlagen und schreit: „Gebt mir ein Messer“, „ich bring dich um“; nach einigen Secunden stürzt er zusammen und es entwickelt sich der rein motorische Anfall. Er kommt bald zu sich und fragt seine Umgebung: „war's mir schlecht“? Da sich die Anfälle in letzter Zeit sehr oft wiederholten und er durch seine Delirien für seine Umgebung gefährlich wurde, brachte man ihn am 13. Januar l. J. auf meine Klinik. Status praesens: Der gut entwickelte Knabe hat eine niedere etwas enge Stirne und äusserst neuropathische Augen. Die linke Pupille ist weiter; beide reagiren prompt. Zunge und Hände zittern. Kniephänomen links lebhafter, Hautreflexe beiderseits gleich lebhaft. Die Hautsensibilität ist überall normal, ausgenommen einen thalergrossen Flecken von der rechten Scapularspitze einwärts, der auf Druck sehr schmerzhaft ist. Die Zweige des Trigeminus sind auf Druck alle empfindlich, besonders aber der II. rechts. Das Gehör ist beiderseits geschwächt. (Catarrhus chronicus cavi tympani utriusque.) Das Gesichts- wie das Farbenfeld ist concentrisch verengt; die Grenzen des Gesichtsfeldes sind: rechts oben 53°, unten 45°, innen 52°, aussen 62°; links oben 55°, unten 53°, innen 58°, aussen 63°. Die Farben unterscheidet er mit beiden Augen gleich gut.

Der Kleine, der geistig sehr gut entwickelt, lebhaft und leicht reizbar ist, hat täglich mehrere Anfälle die alle mit einem kräftigen Drucke auf die Nn. subraorbitales zu coupiren sind. Am 29. Januar verfiel er während der perimetrischen Untersuchung in Hypnose, während welcher am ganzen Körper Contracturen geringeren Grades zu beobachten waren; vom Stuhle herabgenommen entwickelte sich der motor. Anfall. Der kleine befindet sich seit nahezu 4 Wochen auf meiner Klinik, von seiner Familie vollständig isolirt und hat seit 15 Tagen keinen Anfall mehr.

II. Graf N. N., 9 Jahre alt. Der Vater war ein nervöser, zorniger Mensch, der an einer Lungenkrankheit starb. Die Mutter ist hys-

terisch, hat neuropathische Augen und leidet sehr häufig an Migraine. Der Kleine entwickelte sich bis zu seinem 5. Jahre vollkommen normal und besuchte im 6. Jahre die Schule. Zu dieser Zeit bemerkte schon die Mutter, dass das Kind zeitweise sehr erregt ist, dass es ohne jeden Grund weint, sehr zornig und unfolgsam ist. Bis zu seinem 7. Jahre war dieses veränderte Betragen noch erträglich; zu dieser Zeit aber, traten so hochgradige Paroxysmen auf, dass die Krankhaftigkeit derselben selbst den Laien auffiel. Alle 10—12 Tage klagte nämlich der Kleine des Morgens über Kopfschmerz, war blass und niedergeschlagen. Während des Lernens oder Spielens sprang er ganz plötzlich auf, tanzte heulend im Zimmer herum, schlug die Fenster ein, stürzte Tisch und Stühle um, warf sich zur Erde und strampelte mit den Füssen, schlug und biss seine Umgebung, so dass man Mühe hatte das kleine Ungethüm zu bändigen. Nach einer $1/4$—$1/2$ Stunde wurde er ruhiger, begann aber zu deliriren: sah hässliche Fratzen und Gestalten, vor denen er sich zu verbergen strebte; nachdem er eine Zeit lang besinnungslos dagelegen, kam er zu sich, erinnerte sich aber auf nichts was er gethan und fühlte sich bald, einen geringen Kopfschmerz abgerechnet, ganz wohl. Im August 1886 sah ich den kleinen Pat. zum ersten Mal; derselbe war seinem Alter entsprechend entwickelt, hatte eine feine dünne Haut und neuropathische Augen. An dem Schädel, an den Pupillen, den Sinneswerkzeugen sowie in der Reflexsphäre konnte ich nichts Abnormes constatiren. Es fiel mir aber sofort der überreife Geist und Verstand des Kindes auf, das da dachte, sprach und that, wie ein 18—20 jähriger Jüngling. Eine kurze Beobachtung, besonders aber das Sehen eines Anfalles, überzeugten mich davon, dass ich es hier mit einer abortiven Form der puerilen Hysteroepilepsie zu thun hatte. In den ersten 3 Wochen, in denen die Isolation des Kleinen unmöglich war, waren Eisen und Bäder erfolglos. Schliesslich gelang es mir die Isolation durchzuführen; der Kleine wurde in eine Erziehungsanstalt, mit der strengen Ordre, untergebracht, dass er mit seinen Angehörigen nicht verkehren dürfe, ausserdem wurde der Director ersucht, den kleinen Grafen nicht für krank zu betrachten und mit ihm ebenso wie mit den übrigen umzugehen. Der Erfolg war ein glänzender. Seit dem 1. October hat er keinen Anfall mehr, hat an Körpergewicht um einige Kilogramme zugenommen und lernt recht fleissig.

III. N. N. 11 Jahre alt. Die Mutter ist hysterisch, der Vater ein neuropathisches Individuum mit schlechter Schädelformation. Vor einigen Jahren überstand der Kleine eine schwere Meningitis. Nach Aussage des Herrn Ordinarius ist der Pat. seit einigen Wochen kränklich, zeitweise aufgeregt, unruhig, schlaflos. Kürzlich stürzte er während dem Spaziergange auf der Strasse zusammen und hatte 4—5 Tage lang die Unterextremitäten gelähmt. Seitdem ist er anfallsweise erregt, unruhig. Der Knabe ist schlecht entwickelt, hat einen hydrocephalischen Thurmschädel. Die rechte Pupille ist weiter. Rothe Farbenblindheit. Das Gesichtsfeld ist beiderseits verengt. Das Gehör ist normal; der Acusticus hyperaesthetisch (auf das geringste Händeklatschen

fährt er so heftig zusammen, dass er im Bette umfällt). Das grelle Licht ist ihm unerträglich. Zunge und Hände zittern. Die Hautreflexe sind in solchem Grade gesteigert, dass es bei der geringsten Berührung ein excessiv lebhaftes Kitzelgefühl hat. Die Sehnenreflexe sind gleichfalls sehr erhöht. — Er sitzt ruhig in seinem Bette, liest oder spielt; plötzlich wird er im Gesicht roth, verdreht die Augen, will aus dem Bette springen, schreit, schlägt und beisst, bläst wie eine wilde Katze, dann fängt er am ganzen Körper zu zittern an, hat fürchterliche Angst, denn er sieht schwarze Gestalten und Gespenster — nach einigen Minuten kommt er zu sich, liest oder spielt weiter als ob nichts geschehen wäre. Ich stellte seine Isolation in Aussicht, sollte sich sein Zustand in 2—3 Wochen nicht bessern. Dieser Tage erhielt ich die Nachricht, dass sämmtliche Symptome, bis auf etwas Schlaflosigkeit, gänzlich verschwunden sind.

IV. N. N. Realschüler 12 Jahre alt. Der Vater ist gesund, die Mutter hysterisch. Der Knabe der bisher immer gesund war, war bei Verwandten in Logis und Kost. Seine Hausfrau eine anscheinend hysterische abergläubische Frau, sprach mehrere Abende hindurch, im Beisein des kleinen Realschüler, mit ihrem Manne darüber, ob es wohl Gespenster gäbe und behauptete fest und ernstlich, dass sie auch die vergangene Nacht einen Geist in ihrem Zimmer gesehen habe. Den folgenden Abend sprang der Kleine ganz plötzlich vom Tische auf und zeigte, ganz entsetzlich heulend, auf den Ofen hin indem er schrie: „dort steht das Gespenst und will mich forttragen“, worauf er von clonischen Krämpfen befallen wurde die 2 Stunden lang anhielten. Nachdem sich der Anfall die nächsten 4 Abende wiederholte, brachten die erschreckten Eltern den Knaben zu mir. Der gut entwickelte Knabe hat einen hydrocephalischen Schädel. Die linke Pupille ist weiter. Am linken Auge beträchtliche Gesichtsfeldverengerung. Unter den Farben percipirt er die rothe am schlechtesten. Der linke Acusticus ist hyperaesthetisch. Die beiderseitigen Nervi subraorbitalis sind auf Druck schmerzhaft; der Druck bewirkt krampfhafte Muskelcontractionen. An der linken Körperhälfte sind sämmtliche Haut-, Fascien-, Muskel- und Sehnenreflexe auffallend erhöht. Ein auf den Musc. pectoralis ausgeübter Hammerschlag, erschüttert den ganzen Körper. Die Muskelkraft der linken Hand und des linken Beines ist geschwächt. Beim Gehen schleift er das linke Bein etwas nach und kann auf demselben allein nicht stehen. Das Kniephänomen ist links sehr erhöht. Dem Anfalle, der sich in kürzeren — längeren Zeiträumen wiederholt, geht eine Aura voraus: einige Stunden vor demselben wird der Knabe wortlos und niedergeschlagen, bekommt Zuckungen im Gesichte und wird nachher inmitten grosser Angst und Unruhe von clonischen Krämpfen befallen, schlägt und stösst herum, aus dem Munde tritt Schaum und das Gesicht wird cyanotisch. Nach dem Anfalle treten Delirien furchterregenden Inhaltes auf. Der Knabe ist von seinen Angehörigen vollständig isolirt, bekommt innerlich etwas Eisen, wird massirt und electrisirt mit ganz vorzüglichem Erfolge.

Dass wir es in den mitgetheilten 4 Fällen mit pueriler Hysteroepilepsie zu thun haben, steht ausser allem Zweifel. Die Diagnose wurde nicht durch die typischen psychischen und motor. Anfälle, sondern durch jene Stigmen bestimmt, ohne welche man Hysteroepilepsie überhaupt nicht diagnosticiren kann. Die Differentialdiagnose zwischen der Hysteroepilepsie und der gewöhnlichen Epilepsie wurde zwar in der letzen Zeit literarisch sehr viel besprochen, ich stütze mich aber bei dem Aufzählen der differenzirenden Symptome rein nur auf meine eigene Erfahrungen. Der geübte Beobachter wird zwar schon aus dem Verlaufe des Anfalles selbst die Hysteroepilepsie von der genuinen oder centralen Epilepsie unterscheiden können, trotzdem lege ich das Hauptgewicht nicht auf den Anfall, sondern auf die anderweitigen Symptomen der Hysterie. Es ist bekannt, dass sich der classische hysteroepilept. Anfall in 4 Perioden abspielt: 1. die epileptische Periode, 2. die Periode der Contorsionen und excessiven Bewegungen, 3. die Periode der attitudes passionelles 4. die Periode der Delirien. Nun entwickeln sich aber in den *meisten* Fällen nur 1—2 Perioden; und kommt z. B. die epileptische nur zum Ausbruche, so ist dieselbe der vulg. Epilepsie täuschend ähnlich, obzwar dem geübten Beobachter bei dem hysteroepilept. Anfalle sofort die excessive Lebhaftigkeit, Leichtigkeit und sozusagen Eleganz der vollführten Bewegungen auffallen wird. Die Benommenheit des Bewusstseins, sowie die Delirien sind bei dem einen Anfalle ebenso gut wie bei dem anderen vorhanden, es ist daher darauf nicht viel zu geben.

Der hysteroepileptische Anfall erschüttert nicht so sehr das gesammte Nervensystem, wie der epileptische, denn kaum hat er sich abgespielt, so steht schon der Kranke auf, und thut als ob nichts geschehen wäre, was bei der vulg. Epilepsie nicht zu beobachten ist. Was die Verwerthung der Körpergewichtsverluste nach dem Anfalle zu diagnostischen Zwecken anbelangt, so getraue ich mich zu behaupten, obzwar mir keine Daten zur Verfügung stehen, dass der Körpergewichtsverlust nach dem hysteroepilept. Anfalle ein grösserer ist als nach dem epilept., denn die Transpiration ist während und nach dem ersteren eine bedeutendere. Nur nebenbei will ich hier bemerken, dass wir die hysteroepilept. Kranken an ihrem penetrantem Geruche (Schweiss) erkennen.

Die Hysteroepilepsie der Knaben unterscheidet sich nur in einzelnen kleinen, meist verschwommenen, Symptomen von jener der Männer. In der überwiegenden Mehrzahl meiner Fälle beobachtete ich Pupillendifferenz, selbst bei der einfachen nicht complicirten Hysterie, ein äusserst wichtiges objectives Symptom, besonders bei einer Krankheit die heute noch von vielen für Simulation angesehen wird. Ich fand die weitere Pupille meist links auf der anästhetischen oder hyperästhetischen Seite. Ein weiteres Symptom, das beinahe ohne Ausnahme bei einem jeden hysteroepilept. Individuum vorzufinden ist, ist die Gesichtsfeldverengerung und die hyst. Achro- und Dischromatopsie. Das engere Gesichtsfeld ist meist links und die Verengerung wird nach dem Anfalle gewöhnlich grösser.

Die hyst. Achro- und Dischromatopsie bietet so viel interessante Daten, dass sie den Gegenstand eines besonderen Studiums bildet. Von besonderer Wichtigkeit sind die hysterogenen d. h. schmerzhaften Punkte, deren gemeinsame Eigenschaften, dass sie spontan wie auf Druck schmerzhaft sind, und dass der auf dieselben ausgeübte Druck, den Anfall theils auslöst, theils coupirt (Fall I). Die hysterogenen Punkte sind am häufigsten am Kopfe, an den Schultern, am Scrotum und an den Gelenken, welch' letztere sehr leicht zu fatalen diagnostischen Irrthümern Anlass geben können.

Anaesthesien scheinen bei Kindern selten zu sein, um so häufiger kommen Hyperaesthesien vor. Die Hyperästhesie kann am ganzen Körper, halbseitig, sowie fleckenweise vorhanden sein. Nur nebenbei will ich bemerken, dass unter den hyperästhetischen Hautstellen die Muskel- und Sehnenreflexe gesteigert sein können.

Erwähnenswerth finde ich, dass die Delirien nach dem Anfalle bei Kindern beinahe ausschliesslich unangenehmen schreckhaften Inhaltes sind.

Was die Aetiologie betrifft, so lässt sich behaupten, dass die puerile Hysteroepilepsie in Folge einer ererbten praedisponirenden Ursache auftritt. Es kann zwar die Hysteroepilepsie bei Kindern auch in Folge näher liegender Ursachen wie z. B. *psychisches Trauma* (Schreck) oder *somatisches Trauma* zum Ausbruch gelangen, nur dass in solchen Fällen diese Gelegenheitsursache nur auf Grund der allgemeinen ererbten Praedisposition die Hysteroepilepsie hervorrufen kann. Auch machte ich die Erfahrung, dass zwischen der Phthisis und der Hysterie ein enger aetiologischer Zusammenhang existirt.

Eine streng und consequent durchgeführte *Therapie* ist bei der puerilen Hysteroepilepsie immer von Erfolg gekrönt. Das erste und Hauptprincip ist die Entfernung des Kindes aus dem elterlichen Hause, die Isolation (Charcot), deren Wirkung in der Fernhaltung der moralischen, psychischen und oft der somatischen Reflexeinwirkungen besteht. Eine weitere Aufgabe des Arztes ist es, den Organismus zu roboriren und das gesammte Nervensystem zu stärken und zu discipliniren. Zu diesem Zwecke bediene er sich der Eisen- und Chinapräparate, des faradischen und statischen Stromes, der Massage und der Kaltwasserkur. Brompräparate sind nur im Anfange und bei sehr hochgradiger psychischer und physicalischer Reflexerregbarkeit, und auch dann nur auf kurze Zeit, anzuwenden, denn der weitere Gebrauch ist eminent schädlich.

Conditio sine qua non ist es die hysteroepilept. Kinder systematisch geistig und körperlich zu beschäftigen, denn es gibt keinen gefährlicheren hysterogenen Factor als Nichtsthun und Langeweile.

II.

Die neurologische Section auf dem II. Congresse russischer Aerzte in Moskau 1887.

Von Dr. HINZE in St. Petersburg.

Am 24. Mai 1881 wurde die jüngste medicinische Gesellschaft in Russland, die St. Petersburg-Moskauer, zum Andenken an das 50 jährige Jubiläum des hochverdienten Chirurgen N. T. Pirogow gegründet, welche sich die Aufgabe stellte, auf der Basis wissenschaftlicher, dem Nutzen des Vaterlandes dienender Interessen, die Aerzte beider Residenzen zu vereinigen, sie einander zu nähern und wenn möglich, sämmtliche Aerzte des weiten Reiches zu einer grossen Gesellschaft zu sammeln. Das von den 31 Stiftern ausgearbeitete Statut wurde am 23. November 1884 vom Minister des Innern bestätigt und zum 26.—31. December 1885 eine Versammlung der Vereinsglieder ausgeschrieben. Eine zweite solche fand in diesem Jahre in Moskau statt.

Auf derselben arbeitete auch eine „neurologische Section", über deren Verhandlungen hier ein kurzer Bericht erstattet wird. Der Grund für die relative Spärlichkeit der Mittheilungen in der Section liegt darin, dass gleichzeitig der Congress russischer Psychiater tagte, welcher die meisten Kräfte der Neurologen absorbirte. Wie sehr diese Zusammenkünfte einem wirklichen Bedürfnisse entsprechen geht daraus hervor, dass auf dem ersten Congresse 400, auf dem zweiten 1300 Aerzte als Mitglieder der Gesellschaft russischer Aerzte in die Liste eingetragen waren, darunter 58 weibliche Aerzte.

Sitzung vom 8./20. Januar.

Ehrenpräsident Prof. J. P. Mierszejewski (St. Petersburg).

159) **L. S. Minor**: *Zur Frage über die Localisation des Patellarreflexes bei der Tabes dorsalis.*

Ref. theilte einen Fall von Tabes dorsalis, (den 3. in der Litteratur) mit, in welchem als einziges initiales Symptom der Verlust der Patellarreflexe beobachtet wurde, und welcher sich vor den beiden Westphal'schen Fällen durch die Reinheit des klinischen Bildes auszeichnete; er dient als Bestätigung der von Westphal aufgestellten Regel, dass der Verlust des Patellarreflexes bei Affection des unteren Brust- und des Lendenmarks von der Degeneration einer schmalen, an der äusseren Seite der Burdach'schen Stränge liegenden Zone, der „Wurzeleintrittszone" abhängig sei. Des Contrastes wegen demonstrirte Vortr. Präparate einer combinirten Sclerose bei einem Subjecte, das bis zu seinem Tode normale Patellarreflexe zeigte; die Wurzeleintrittszone war unversehrt geblieben und waren zugleich auch die Clarke'schen Säulen, die hinteren Wurzeln und die peripheren Nerven mit entartet. Diese Thatsachen, wozu noch ein drittes Präparat von Degeneration der Clarke'schen Säulen bei einfacher Meningitis hinzugezogen wurde, bewogen Vortr. zu der Annahme, dass der tabische Process in den hintern Wurzeln (in den Fällen, wo diese entartet sind) und auch in den Goll'schen Strängen seinen Anfang nehmen

könne; sehr schwer sei zu unterscheiden, warum in den Fällen der Patellarreflex fehle, in welchen neben den Veränderungen im Rückenmarke auch solche in den Wurzeln und den peripheren Nerven sich vorfanden.

160) Prof. A. J. **Koshewnikow:** *Ophthalmoplegia nuclearis.*

Die Ophthalmoplegia exterior sei nicht immer nucleären Ursprungs, sondern könne sich auch aus einer peripheren Erkrankung entwickeln, meistentheils liege aber eine Affection der Kerne vor, welche auch das klinische Bild einer Ophthalmoplegia totalis darbieten kann; Vortr. demonstrirt einen einschlägigen Fall. Ein anderer Fall kam zur Section, welche die Anwesenheit einer Polioencephalitis inferior acuta constatirte. Die Ophthalmoplegia könne auch durch acute sowohl, als auch chronische Systemerkrankungen hervorgerufen werden, wozu ausser der Sclerosis lateralis amyotrophica noch die Polioencephalitis superior acuta et chronica zu rechnen sei.

161) **Oserezkowski:** *Zur Diagnose der hysterischen Hemiplegia.*

Thesen: 1) Die hysterischen Hemiplegien entwickeln sich am häufigsten nach einer psychischen Aufregung.

2) Sie treten nicht selten als Monoplegien auf, welche sich von den organischen Lähmungen durch schwere Sensibilitätsstörungen, Abwesenheit von Contracturen u. a. scharf unterscheiden.

3) Bei der hysterischen Hemiplegie sind oft die peripheren Abschnitte der Extremitäten weniger gelähmt, als die centralen. Die grösseren Gelenke weniger beweglich, als die kleinen.

4) Die Beweglichkeit der Glieder kehrt meist zuerst an den peripheren Theilen der Glieder und den kleinen Gelenken wieder, während diese Reihenfolge bei den organischen Hemiplegien umgekehrt ist.

5) Die Betheiligung des Facialis und des Hypoglossus an den hysterischen Hemiplegien ist bis jetzt nur ausnahmsweise beobachtet worden.*)

6) Die Anästhesie geht bei den hysterischen Hemiplegien der Lähmung parallel.

7) Die Vertheilung der Anästhesie ist bei der hysterischen Hemiplegie zuweilen ganz eigenartig, bei voller Hemianästhesie können Hand und Fuss intact bleiben.

8) Aphasie kommt bei den hysterischen Hemiplegien selten vor und wird durch Stummheit ersetzt.

9) Hemiopie wird bei hysterischen Hemiplegien sehr selten constatirt.

10) Die Diagnose der hysterischen Hemiplegie wird durch die Anwesenheit anderer hysterischer Symptome: Rachenanästhesie, Polyopie, Transfert, hysterogene Zonen u. a. bekräftigt.

Diese Thesen wurden durch die Beschreibung 6 einschläger Fälle illustrirt. Dr. Roth ist persönlich geneigt eine wirkliche Facialis-

---

*) Charcot (Semaine médic. 1887, Nro. 5) behauptet, dass bei der hysterischen Hemiplegie eine wirkliche Lähmung des Facialis nicht, wohl aber ein Krampf des Facialis der anderen Seite vorkomme. Ref.

lähmung bei hysterischen Hemiplegien anzunehmen und verwirft die Annahme eines Hemispasmus der entgegengesetzten Seite durch Charcot und seine Schüler. Prof. Mierszejewski räth mit einiger Vorsicht die pathognomonische concentrische Amblyopie bei Hysterischen aufzufassen, da es Fälle von capsulären Erkrankungen gebe, wo solche Erscheinungen beobachtet werden und andererseits bei Hysterischen sicher Hemianopie constatirt worden ist.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Kritiken.

162) **Forel** (Zürich): Einige hirnanatomische Betrachtungen und Ergebnisse. (Arch. f. Psych. XVIII. 1 p. 162.)

Die Untersuchungen des Verf., theils experimenteller, theils kritischer Art, beziehen sich auf die Frage: ob auch beim *erwachsenen* Thiere eine *centripetale* Schrumpfung des *motorischen* Nerven und seiner Ursprungszellen stattfinden könne. Bekanntlich constatirte v. Gudden beim *neugeborenen* Kaninchen die Degeneration auch des centralen Stumpfes, und es wurde seitdem der analoge Prozess beim Erwachsenen von den meisten Autoren auf Grund von klinischen (Amputationsstumpf!) und experimentellen Ergebnissen bestritten. — Forel operirte an zwei erwachsenen Meerschweinchen; und zwar wurde dem einen der N. facialis nahe dem Foramen stylo-mastoideum durchschnitten, dem andern derselbe Nerv aus dem Canalis Fallopiae herausgerissen, sodass die Trennung an der Hirnbasis erfolgte. Thier I wurde nach 262 Tagen gedödtet, Thier II nach 141 Tagen. Bei ersterem erfolgte nur eine partielle wenn auch bedeutende degenerative Atrophie des Nerven und seiner Zellen, während beim zweiten trotz der fast halb so kurzen Zeit ein totaler Zerfall der Fasern und Zellen eintrat. — Der Verf. *bejaht* demnach die *obige Frage* durchaus. Er glaubt auch, dass die bei Erwachsenen zu constatirende Degeneration nicht etwa auf Entzündung etc. beruhe, dass sie also *nicht wesentlich* sondern nur *quantitativ* von derjenigen beim Neugeborenen verschieden sei. „Die Folgen der operativen Eingriffe sind beim Erwachsenen nur langsamer als beim Neugeborenen; vor Allem sind die *Zerfallsresiduen bedeutender und werden langsamer resorbirt*, was eine geringere Gesammtatrophie und weniger Verschiebungen zur Folge hat". —

Wie aus dem pathologischen Befunde des oben erwähnten ersten Versuchsthieres hervorgeht: hat die Durchschneidung eines motorischen Nerven in seinem peripheren *Verlauf* eine noch viel langsamere „marantische" Verkleinerung der Fasern des centralen Stumpfes und ihrer Ursprungszellen zur Folge, (vorausgesetzt dass durch Dislokation der beiden Enden an der Trennungsstelle das Nachwachsen der centralen Fasern bis zum Muskel verhindert wird.) —

In dem einleitenden Theile seiner Arbeit bespricht Forel die interessanten Untersuchungsergebnisse Golgi's, welche in Deutschland

noch wenig gewürdigt sind. Derselbe bewirkte durch eine „complicirte“ Färbemethode, dass — im Gegensatze zu Weigert — immer nur *einige* Elemente des mikroscop. Präprarats (dann aber zusammenhängend) differenzirt wurden, wodurch dann das Fasergewirr bedeutend vereinfacht wird. Derselbe Autor will mit Hülfe seiner Methode die *Unipolarität* aller *Ganglienzellen* festgestellt, ferner ihrer deutlich verschiedenen *2 Arten* constatirt haben — die eine mit einem in eine Markfaser übergehenden Nervenfortsatz, die andere mit einem Fortsatz, der sich vollständig im Fibrillengewirr auflöst. Die Zellen ersterer Categorie seien motorisch, die der zweiten sensibel. Die Richtigkeit des letzteren Satzes kann Forel nicht anerkennen, während er im Uebrigen die Versuche Golgi's nachgeprüft hat und ihre Ergebnisse bestätigt. —

Viele interessante Einzelheiten der Forel'schen Arbeit, welche durch Abbildungen erläutert werden, entziehen sich einem Referat.

Langreuter (Eichberg).

---

163) **Th. Ziehen** (Goerlitz): Secundäre Degeneration nach Exstirpation motorischer Rindenregionen. (Arch f. Psych. XVIII. 1. p. 301.)

Von Exstirpationsversuchen an 3 Hunden (lateraler Theil der Nackenregion — Vorderbeinregion zweimal) theilt der Verf. vorläufig folgende Ergebnisse mit: 1. Eine Verbindung des gleichseitigen Seitenstranges mit der motorischen Rindenzone *auf directem Wege* besteht nicht — wenigstens für die Vorderbein- und laterale Nacken-Region und wahrscheinlich auch für die Hinterbein-Region. 2. Nach den genannten Exstirpationen bleibt im Grosshirnschenkel nur das laterale Drittel des Fusses ganz frei von Degeneration.

Langreuter (Eichberg).

---

164) **Greenfield** (Edinburgh): Remarks on a case of cerebral abscess with otitis successfully trated by operation. (Ein erfolgreich operirter Fall von Gehirnabcess mit Otitis.) (British medical journal 12. Feb. 1887).

Ein bisher gesunder Arbeiter litt seit 10 Wochen an leichten allgemeinen auf Erkältung zurückgeführten Störungen, zu welchen seit 14 Tagen Kopfschmerz, Schwere im Kopf, hartnäckiges Erbrechen und Constipation sich gesellten. Das Erbrechen bestand bis zur Aufnahme, um seitdem nicht wiederzukehren. Gehörstörungen, Schmerz oder Ausfluss der Ohren werden ausdrücklich in Abrede gestellt. Bei der Aufnahme befand sich Pat. in soporösem Zustande, und war körperlich sehr abgemagert, der Leib eingezogen.

Uebrigens keine speciellen Nervensymptome, Temperatur während des ganzen Verlaufes normal, zeitweise subnormal. Die wesentlichen Beobachtungen während der folgenden Tage waren:

2. Tag: Linkseit. leichte Mydriasis und geringe Ptosis, unregelmässiger Puls.

3. Tag: Zunehmende Benommenheit, stupider Gesichtsausdruck. Ptosis, Strabismus nicht bemerkbar.

4. Tag: L. Papille geschwollen trüb und grau mit verwaschenen Umrissen, rechts nur leichte Trübung am unteren Rande. Keine deutl. Ptosis.

7. Tag: Völlige Unbeweglichkeit des l. Bulbus neben Ptosis. L. Pupille erweitert und starr. Zerstreute Anästhesien auf der l. Gesichtshälfte.

Ein wenig schmutziger braunrother Ausfluss aus dem l. Ohr.

8. Tage: Kleine Perforationen im l. Trommelfell.

Die Diagnose wurde auf einen Abscess im vorderen Theile des l. Schläfenlappens, ausgegangen vom Dache der Paukenhöhle gestellt.

Am 9. Tage wurde an der entsprechenden Stelle trepanirt. Die Dura war gespannt, nicht pulsirend. Zwischen ihr und der Pia lag eine geringe Menge fibrinösen Gerinsels. Nach dem Einstechen eines Gräfe'schen Messers entleerten sich ca. 60,0 übelriechenden Eiters. In das l. Ohr eingespritzte Flüssigkeit entleerte sich z. Th. durch die Trepanationsöffnung.

An demselben Tage kehrte die Pupillenreaction zurück, das Sensorium wurde freier, jede Sprachstörung fehlte.

Während der folgenden Tage verlor sich Ptosis und Strabismus desgl. die Neuritis optica, deren Reste jedoch noch nach 4 Wochen nachweisbar waren.

Die Wunde schloss sich nach 13 Tagen, nach 22 Tagen konnte Pat. das Bett verlassen. Ueber die letzte Zeit vor der Aufnahme bis zum Tage nach der Op. war die Erinnerung erloschen.

Die vorhanden gewesenen Lähmungserscheinungen leitet Verf. von einer fortgeleiteten Pacchymeningitis mit directem oder durch entzündliches Oedem der Nervenscheiden vermittelten Druck auf die betr. Nerven ab. Nagel (Halle a. S.).

---

165) **Oscar Vierordt** (Leipzig): Zur Frage vom Wesen der Bleilähmung. (Arch. f. Psych. XVIII. p. 48.)

In einem characteristischem und zweifellosem Falle von Bleilähmung constatirte der Verf. bei der Section neben normalem Rückenmark und Vorderwurzeln, lediglich: schwere Degeneration des N. radialis, leichtere des Medianus und zweifelhafte des Ulnaris. (Die Sclerose einiger weniger Ganglienzellen der Vorderhörner sowie einige punctförmige — zweifelhafte — Blutaustritte im Rückenmark hält der Autor für zufällige Befunde, erklärt sie aus der vorhandenen Herzhypertrophie und Entarteritis. — Nicht absolut Einwands frei! Ref. —) In diesem Befunde erblickt Vierordt, nachdem er eine sorgfältige Durchmusterung der in der Literatur vertretenen Ansichten vorgenommen hat, einen weiteren Beweis *gegen* die Annahme des rein *centralen Ursprungs* der Bleilähmung. Er möchte die letztere als *motorisch-trophische „Neuritis"* oder *„Myo-Neuritis"* bezeichnen und stellt sich die chronische Einwirkung des Blei's folgendermassen vor: das Gift schädigt ganz gleichzeitig Vorderhornzelle, periphere motorische Nervenfaser, Endplatte und Muskelfibrille; weil der motorisch-trophische Impuls dadurch geschwächt und die Nervenleitung — eben wegen der

afficirten Nerven — verlangsamt wird, je weiter vom Centrum, desto mehr — erkrankt das ganze System und zwar in den peripheren dem centralen Einfluss am weitesten entrückten Theilen zunächst. Die Erkrankung schreitet centralwärts vor und kann, wie in einigen wenigen Fällen beobachtet worden ist, selbst die Vorderhornganglien erreichen, wenn nur das Individuum lange genug lebt! — Dass gewisse Muskelgruppen (Extensoren etc.) am häufigsten leiden, rührt von der durchschnittlich grösseren Arbeitsleistung derselben her. —

Es lässt sich nicht läugnen, dass durch die vorstehende Hypothese die Verschiedenartigkeit der Sectionsbefunde bei der Bleilähmung am zwanglosesten erklärt wird. Langreuter (Eichberg).

166) **Martius** (Berlin): Ueber Accessoriuslähmung bei Tabes dorsalis. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 8. 21. Februar.)

Das Interesse, welches der beschriebene Fall darbietet, ist ein doppeltes: Einmal gestattet es die Physiologie und Pathologie der Schulterbewegung in seltener Reinheit zu studiren, sodann ist das Vorkommen einer atrophischen Accessoriuslähmung im Gefolge der Tabes dorsalis beachtenswerth.

ad 1) Der Kranke ist ein 35jähriger Arbeiter mit weit vorgeschrittener Tabes, bei dem durch Druck auf den Kehlkopf Larynxkrisen auszulösen und durch Cocainbepinselung der Kehlkopfschleimhaut hintanzuhalten sind.

Beide Schultern sind stark herunter und nach vorn gesunken. Folge: auffallende Abflachung des Thorax, Hervortreten der Claviculae; hinten ist der mediane Scapularrand 12—13 Ctm. von der Mittellinie abgetreten (normale Entfernung 6 Ctm.) und hat seine Parallelstellung verloren, so dass der untere Winkel der Mittellinie näher steht. Ursache: Lähmung und Atrophie der unteren Partien des M. Cucullaris beiderseits, während die obere s. g. claviculare Partie intact geblieben ist, was durch eingehende electrische und klinische Exploration bestätigt ist (Levator, Rhomboidei, Serr. ant. major). Die electrische Reizung der Clavicularportion des Cucullaris ergiebt durchaus normale Ergebnisse. Die beiden Sternocleidemastoidei sind in ihrer Function erhalten und reagiren auf electr. Reize normal. Der Cucullaris wird sowohl vom Accessorius als auch durch Fasern vom Plexus cervicalis innervirt, und zwar der vordere Rand des Muskels von den letzteren, der grössere untere Theil derselben vom Accessorius. Mithin muss in dem vorliegenden Falle der N. accessorius erkrankt und alles dasjenige vom M. cucullaris geschwunden sein, was von ihm innervirt wird. Dass der Sternocleidemastoideus, der auch vom N. accessorius innervirt wird, normal functionirt, wenn er auch einen auffallenden Schwund seines Gesammtvolumens zeigt, liegt daran, dass er ausserdem noch vom Plexus cervicalis Nerven erhält. (Diese Thatsache der Doppelinnervation durch zwei central nicht vereinigt liegende Nerven, auf die ich schon 1879 bez. der Vorderarmmuskeln aufmerksam gemacht habe, verdient bei der Beurtheilung der partiellen Entartungsreaction und anderer patholog. Verhältnisse grosse Beachtung. Ref.)

ad. 2) Die auf die beiden unteren Partien des Cucullaris beschränkte Atrophie ist keine progressive; man muss also an eine Erkrankung der Nervenkerne denken. Ob die Erkrankung des Accessorius spinalis und die des Accessorius vagi (Lähmung der Crico-arytaenoidei — Larynxcrisen) auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind, ist zweifelhaft, da beide Nerven nach Schwalbe aus durchaus verschiedenen Kernen entspringen, die in keinerlei nachweisbarer Beziehung zu einander stehen sollen, während in neuester Zeit Darkschewitsch im Laboratorium von Flechsig den Nachweis erbracht haben will, dass beide Nerven nur einen gemeinschaftlichen Kern haben: die laterale Zellengruppe des Vorderhorns und deren directe Fortsetzung in die Med. oblong. Verf. schliesst sich der letzteren Behauptung an und erklärt seinen Fall als eine isolirte Erkrankung motorischer Hirnnervenkerne bei Tabes dorsalis. Erlenmeyer.

---

167) **Richter** (Dalldorf): Ein Fall von typisch recidivirender Oculomotoriuslähmung mit Sectionsbefund. (Arch. f. Psych. XVIII. 1. p. 259.)

Es handelt sich um denselben Fall welchen Thomsen im Herbst 1884 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie mittheilte. Da derselbe im Jhg. 84 d. Centralbl. p. 531 ausführlich referirt ist, kann hier auf die klinische Darstellung verzichtet werden. Es sei nur erwähnt, dass das Krankheitsbild sich während des Aufenthalts des Patienten in Dalldorf (seit Febr. 1885) nicht wesentlich veränderte. Nachdem noch mehrere typische Anfälle beobachtet waren, starb der 36 jährige Mann im Januar 1886. Bei der Section fand sich ein etwa Erbsen-grosses übrigens keulenförmiges *Fibrochondrom* des rechten Oculomotorius an der Durchtrittsstelle durch die Dura. Die Geschwulst hatte die Faserzüge des Nerven nur *auseinandergedrängt* und nicht zur Atrophie gebracht. (Es kann also nur von Druckwirkung die Rede sein und wird man zur Erklärung der klinischen Thatsachen wieder zu den „Serumschwankungen" seine Zuflucht nehmen müssen. Ref.) Langreuter (Eichberg).

---

168) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber therapeutische Wirksamkeit der Spannungsströme (allgemeine und localisirte Franklinisation). (Therapeutische Monatsschr. 1887 Februar.)

Verf. hat mit einer selbstthätigen Voss'schen Influenz-Maschine gearbeitet, deren bewegliche Scheiben einen Durchmesser von 52 ctm. hatten; die durchschnittliche Umdrehungsgeschwindigkeit betrug 4 bis 6 in der Secunde. Nebentheile: Isorlirtaburet, Glockenapparat, Ozonapparat, Kugel-, und Spitzenrheophoren, Condensationselectroden. Zur Anwendung kam meist die positive Ladung entweder in Form des Luftbades oder lokalisirter Funkenentladungen.

Es wurden im Ganzen 27 Fälle behandelt und zwar Neurasthenie und Kopfdruck 4 (3 M. 1 W.), anämischer Kopfschmerz 3 W., Hemicranie 2 W., Supraorbitalneuralgie 1 W., Melancholie 1 W., Hypochondrie 1 M., Hysterie (Hemianästhesie, Analgesie, Tremor, Parese) 5 W., cutane

Anaesthesie 1 M., Trigeminusneuralgie 1 W., Intercostalneuralgie 2 W., Facialislähmung 1 W., Bleilähmung 1 M., Ulnarislähmung 1 W., Progressive Muskelatrophie 1 M., Muskelatrophie nach Gelenkentzündung und Fractur 1 M., 1 W.

Ueber die Ergebnisse äussert sich Verf. wie folgt:

I. *Neurasthenie.* Im Ganzen ertragen Neurastheniker das Luftbad schlecht, mit Ausnahme der Fälle mit *Kopfdruck* und *Schlaflosigkeit.* Solche Fälle hat Verf. zwei geheilt nach 18 resp. 21 Sitzungen, die täglich 10 Minuten lang gegeben wurden. 2 Fälle mit nervöser Dyspepsie blieben unbeeinflusst.

II. *Kopfschmerz.* 3 Fälle mit anämischem Kopfschmerz bei Frauen, die schon vorher galvanisch behandelt worden waren. Ladung positiv, Sitzung 10 bis 15 Minuten, anfangs täglich, später 3 mal wöchentlich. 2 geheilt nach 25 resp. 16 Sitzungen, 7 erheblich gebessert.

III. *Hemikranie.* Anämische Migräne. Bemerkenswerther paliativer Nutzen zur Coupirung der Anfälle. Bei einer 34 jährigen Frau wurde unter der passend eingestellten Glockenvorrichtung (Ladung des Körpers +) nach kurzem die vorher kalte und bleiche linke Gesichtshälfte geröthet, heiss, ungefähr wie bei Amylnitritwirkung, während die Schmerzen gleichzeitig verschwanden. In dem zweiten Falle zeigte sich auch die gegen Stirn und Schläfe der leidenden Seite gerichtete electrostat. Spitzenwirkung bei directer Ueberleitung des negativen Stromes, in gleicher Weise wirksam.

IV. *Neuralgien.* a) Supraorbitalneuralgie. Nach 7 Sitzungen geheilt; b) Trigeminusneuralgie (Ramus I und II) mit cutan. Hyperalgesie. Die locale Elect. durch Spitzenwirkung hatte günstigen Erfolg; die local. Funkenentladung war zu schmerzhaft. c. Intercostalneuralgie. Spitzenwirkung und Funkenentladung. Nichtnachhaltende Besserung.

V. *Melancholia halucinatoria.* Anfangs Verschlimmerung, dann Besserung, die nach der 21. Sitzung entschieden zu constatiren war; jedoch keine Heilung, da die Hallucinationen von Zeit zu Zeit exacerbirten.

VI. *Hysterie.* Behandlung mit localisirter Franklinisation. In zwei Fällen war linksseitige Hemianästhesie und Hemiparese, einmal fast complete beiderseitige Analgesie und Anästhesie vorhanden; einmal Zittern, besonders der rechten Hand, einmal Parese, bes. der rechten Vorderarmstreckmuskeln. In den drei ersten Fällen kamen die stärksten Funkenströme zur Verwendung, welche lange Zeit nicht die geringste Empfindung, trotz äusserst intensiver Röthung, Infiltration und oberflächlicher Verbrennung der Haut, zur Folge hatten. Die Behandlung blieb in therapeutischer Hinsicht resultatlos. In vier Fällen (Tremor hyster.) war das Zittern nach jeder Application des Funkenstromes (Condensationsreophor am r. Vorderarm) vorübergehend geringer.

VII. *Cutane Anaesthesie* und Analgesie im Gebiete der l. N. cutan. femor. ext., wahrscheinlich nach Neuritis. Heilung durch Application von Funkenströmen.

VIII. *Motilitätstörung.* (Siehe oben die Fälle.) Keine Erfolge. Bemerkenswerth ist, dass in diesen Fällen die electrostatische Reaction der gelähmten Nerven und Muskeln der faradischen paralell ging.

Erlenmeyer.

---

169) **Blanc-Fontenille** (Bordeaux): Effets de l'electrisation statique sur quelques phénomènes hystériques. (Einfluss der statischen Electricität auf einige hysterische Krankheitserscheinungen.)

(Le Progrès médical 1887. Nro. 8. 19. Febr.)

Verf. hat mit einer Voss'schen Maschine gearbeitet und seine Untersuchungen an 8 Hysterischen angestellt. Welche Electricität, die positive oder die negative, er angewandt hat, giebt er nicht an. Die Kranken wurden in Gruppen zu 3 oder 4 auf den Isolirschemel gesetzt und dort mit Electricität geladen. Die Dauer der Sitzungen schwankte zwischen 15 und 40 Minuten. Durch gelegentliche heimliche Unterbrechung der Verbindung zwischen der Maschine und den Kranken will er jeden Verdacht einer Simulation der eingetretenen Wirkung ausgeschlossen haben. Wie er diese *heimliche* Unterbrechung zu Stande gebracht hat, giebt er leider nicht an. (Nach meiner Erfahrung merkt der auf dem Isolirtaburet Sitzende sofort jede Strom-Unterbrechung. Ref.) Das Ergebniss seiner Untersuchungen theilt er in folgenden Gruppen mit.

I. Hysterische Anästhesie.

1. Bei gewissen Kranken, die sowohl totale als Hemi-Anästhesie zeigten, brachte die stat. Electr. sehr sehnell (rapidement) die normale Sensibilität der Haut zurück.

Zwei Fälle a) linke Hemianästhesie, nach 1/4 stündiger Sitzung Rückkehr der vollen Sensibilität über den ganzen Körper. Nach 3 Tagen status quo ante. Nach 10 Minuten langer Sitzung Rückkehr der vollen Sensibilität. Dies wiederholt sich noch einigemale. Keine Heilung. b) Linke Hemianästhesie. Derselbe Verlauf.

„Nach diesen zwei Beispielen sieht man leicht, dass die stat. Electr. bei gewissen Kranken sehr schnell die Sensibilität wiederherstellt, dass aber diese Wiederherstellung nicht von langer Dauer ist". (Von mir schon vor 8 Jahren nachgewiesen. Ref.)

2. Bei gewissen Kranken war die Rückkehr der Sensibilität in Folge der Einwirkung der stat. Electr. langsam aber durch die fortgesetzten Sitzungen stetig zunehmend.

Zwei Fälle; einer mit vollständiger, der andere mit Hemianästhesie. Die Wiederkehr der Sensibilität geschieht schrittweise, von einer Seite des Körpers aus sich nach und nach über die ganze Oberfläche ausbreitend.

3. In einigen Fällen war keine Einwirkung der stat. Electr. auf die Anaesthesie nachweisbar.

Zwei Fälle, eine rechtsseitige Hemianästhesie, eine totale. Beide wurden 4 Monate lang wöchentlich 2 bis 3 mal electrisirt ohne den geringsten Erfolg.

II. Hysterische Amyosthenie (Muskelschwäche — verminderte Kraftäusserung).

1. Beseitigung der Hemi-amyosthenie bei allen Kranken.

Zwei Fälle. a) Dasselbe wie bei I 1. Druckraft der Hände vor der Sitzung; rechts 35 Kilo links 12 Kilo; nach der Sitzung rechts 36, links 37 Kilo. b) Ein männl. Patient, ohne jede Krankheitsangabe. Eine ähnliche Zunahme der Druckkraft.

2. Fälle mit nicht ächter (? Ref.) Hemi-amyosthénie; geringere Aufbesserung der Druckkraft.

3. Fälle ohne Erfolg.

III. Hysterogene Zonen.

1. Die hypnogenen und lethargogenen Zonen blieben ohne alle Beeinflussung.

2. Die spasmogenen Zonen verschwanden zum Theil. 4 Fälle, höchst flüchtig mitgetheilt.

Die Ovarie blieb unbeeinflusst. Die Dauer der Wirkung war nicht lange.

IV. Hysterische Diathese zu Contracturen. Wurde im Ganzen günstig beeiflusst.

V. Hypnose. Der Einfluss war negativ oder ungünstig, Convulsionen erzeugend.

VI. Allgemeine Einwirkung.

Die Häufigkeit der Krampfanfälle nahm ab; der Appetit hob sich; die Verdauung wurde regelmässiger; die Stimmung gestaltete sich fröhlicher; die Kranke gewannen die Ueberzeugung von dem günstigen Einfluss der Behandlung und drängten sich zu den Sitzungen.

Erlenmeyer.

---

170) **Chadwick:** Case of poisoning by Duboisin. (Vergiftung durch Duboisin.) (Brit. med. journ. Feb. 12. 1887.)

171) **Treacher Collins**: Delirium produced by Duboisin and Atropine. (Delirium nach Duboisin- und Atropin-Gebrauch.) (Daselbst Feb. 19. 1887.)

C. berichtet über einen 75jährigen Mann, welchem einmal $^1/_2$—1 mgr. Duboisin in jedes Auge gebracht wurde.

Kurze Zeit darauf stellte sich Schwindel, Schwäche und Unsicherheit in den Beinen ein, darauf das Bild eines leichten Alcoholrausches. Die Sprache wurde heisser und verschwommen, Stehen und Gehen ohne Unterstützung erschwert, endlich unmöglich. Die Erscheinungen steigerten sich, es traten Gesichtshallucinationen, motorische Unruhe, Ideenflucht, maniacalisch heitere Stimmung, vollständige Verwirrtheit hinzu.

Nach 4 Stunden wurde eine mässige Dosis Morphium gegeben, darauf Beruhigung und bald ruhiger Schlaf. Nach dem Erwachen bestand nur noch Schwere im Kopf bei vollständiger Amnesie.

Bei demselben Pat. war Atropin öfters ohne Nachtheil gegeben worden.

Tr. Collins berichtet hier zu, dass er vor 2 Jahren 2 durchaus ähnliche Fälle von Duboisinintoxication beobachtet habe. Es wurde zur Einträuflung eine ca 7% Lösung verwandt. Als wirksamstes Verfahren räth er eine prolongirte leichte Chloroformnarcose an.

Nagel (Halle a./S.).

172) **Julian Scheps** (Breslau): Das Bromaethyl und seine Verwendbarkeit bei zahnärztlichen Operationen. (Inaug.-Dissertation, Breslau 19. Febr. 1887. 48 S.)

Nach einer sorgfältigen Zusammenstellung der Bromaethyl-Literatur, berichtet S. über eigene Beobachtungen und Erfahrungen, die er mit dem Bromaethyl in der zahnärztlichen Praxis gemacht hat. Er befindet sich in völliger Uebereinstimmung mit den diesbezüglichen Versuchen von Asch, die in Nro. 2 der Therapeutischen Monatshefte publicirt worden sind. — In erster Linie wird auf Grund eines grossen Beobachtungsmaterials von Neuem bestätigt, dass zu den hervorragenden Eigenschaften des Bromaethyls zu zählen sind:

1) Rasche Erzeugung von Analgesie, ohne Störung des Bewusstseins.

2) Kurze Dauer derselben ohne nachtheilige Folgen.

3) Ungefährlichkeit in der für kurzdauernde zahnärztliche Operationen ausreichenden Durchschnittsdosis von 15,0.

Wo keine oder unerwünschte Wirkungen gesehen wurden, lag die Schuld lediglich an der schlechten Beschaffenheit des Präparates.

Rabow (Berlin).

173) **Tomaschewsky:** Zur Frage über die Betheiligung der Hirnrinde an der Entstehung des epileptischen Anfalls. (Vortrag in der Gesellschaft Odessaer Arzte.)

P. Rosenbach (Virchow's Arch. Bd. 97) vindicirt im Gegensatze zu Kussmaul und Tenner, Schröder, v. d. Kolk, Nothnagel der Gehirnrinde die Rollen des Centrums für den epileptischen Anfall und ist in Folge seiner Versuche an Hunden zu folgenden Resultaten gekommen.

1) Die Erregung der motorischen Region an der Grosshirnrinde ist für die Auslösung von Krämpfen durch elektrische Reizung des Gehirns unerlässlich.

2) Die Ausbreitung der Erregung der motorischen Centren, welche bei Reizung eines derselben einen epileptischen Anfall auslöst, findet in der Gehirnrinde selbst statt.

3) Die centralen Apparate, von welchen aus bei electrischer Reizung der Impuls zu den Krämpfen ausgeht, liegt in der Hirnrinde selbst.

Die an Hunden gewonnenen Resultate, auf den Menschen übertragen, lassen Rosenbach den Schluss ziehen, dass die Epilepsie von einer krankhaften Veränderung der Hirnrinde bedingt werde und dass die Verschiedenheiten im klinischen Bilde der Krankheit von dem Orte, der Art und dem Grade der Ausbreitung des pathologischen,

die Epilepsie hervorrufenden Processes in den Grosshirnhemisphären abhängig seien.

So viel T. aus der Literatur bekannt ist, gibt es eine klinische in diesem Sinne gedeutete Beobachtung von Noël-Paton (Brain. January 1885 Nro. 32 pag. 474). P. bringt nun folgende Beobachtung vor, welche durch anatomische Präparate gestützt, die Ansicht Rosenbach's von der Entstehung der Epilepsie bestätigt.

Der dem Aussehen nach 20jährige Jude N. N. wurde am 4. August 1879 von der Polizei der psychiatrischen Abtheilung des Odessaer Stadthospitals als blödsinniger Krüppel zugestellt. Bei der Aufnahme wurde constatirt: linksseitige Hemiplegie mit Contracturen der Gelenke am Arme und Parese des Beins, epileptische Anfälle in der Form des grand mal und angeborener Blödsinn.

P. hat den Kranken vom 1. November 1885 bis Ende April 1886 beobachtet und folgenden *Stas. präsens* aufgenommen. Vollständige Lähmung des linken Armes mit Muskelatrophie und Contracturen der Gelenke, welche letztere ziemlich gut bei gewaltsamer Streckung weichen, sofort aber wieder auftreten, es werden nur zeitweilige Mitbewegungen im linken, sonst vollständig bewegungslosen Arme beobachtet wenn der rechte, gesunde Arm freiwillig bewegt wird, ausserdem treten in ihm unwillkürliche krampfhafte Zuckungen von Zeit zu Zeit auf. Die Lähmung und die Muskelatrophie am linken Beine sind weniger stark ausgesprochen, als am entsprechenden Arme, es besteht eine geringe Contractur des Knie's und können, trotz starker Muskelschwäche viele willkürliche Bewegungen mit dem linken Beine regelrecht ausgeführt werden.

Der linke Arm ist im Vergleiche zum rechten in seiner Entwickelung zurückgeblieben; die Maasse sind folgende: Länge des rechten Oberarmes 31, des linken 29, des rechten Unterarmes 24, des linken 21 Cent. Die tactile, die Wärme- und Schmerzempfindung sind erhalten, aber auf beiden Körperhälften deutlich und gleichmässig herabgesetzt, auf starke Reize reagirt der Kranke mit gut coordinirten regelrechten Abwehrbewegungen, Haut und Sehnenreflexe sind auf der gelähmten Seite stark erhöht, auf der gesunden normal, die Sinnesorgane functioniren wie sich's gehört. Das Gesicht des Kranken ist in mimischer Beziehung wenig beweglich, doch kommen nach entsprechenden Reizen der Ausdruck verschiedener Gemüthszustände richtig mit gut coordinirten Bewegungen zu Stande, das Gesicht drückt aber gewöhnlich nur die vollste Apathie aus. Der Kranke kann in den Grenzen der alltäglichen Vorstellungen sprechen und andere verstehen, der psychische Zustand kann zur Imbellicitas congenita gerechnet und muss als Folge der langjährigen und häufigen epileptischen Anfälle aufgefasst werden. Diese bestanden während seines Hospitalsaufenthaltes und haben wahrscheinlich auch schon vor diesem bestanden, traten in der letzten Zeit sehr regelmässig auf. Der einzelne Anfall schien auf den ersten Blick das gewöhnliche Bild der idiopathischen Epilepsie darzustellen, war, wenn die Anfälle sich häuften, von einem Tage lang anhaltenden soporösen Zustande mit Nahrungsverweigerung gefolgt.

Das Bestehen einer Aura war wegen der mangelhaften Intelligenz des Kranken nicht festzustellen. Bei genauerer Beobachtung fiel aber sowohl während der tonischen, als auch der klonischen Krämpfe der Umstand auf, dass die Zuckungen sowohl in ihren Stärken als auch in ihrem Umfange verschieden in den Muskeln der rechten und der linken Körperhälfte auftraten. *Die tonischen und klonischen Krämpfe traten gleichzeitig, aber nicht allmählich, im Bereiche ihrer Ausbreitung auf* (Unterschied der corticalen von der idiopathischen Epilepsie), *umgingen aber vollständig den linken Arm* und waren am linken Beine schwächer als am rechten ausgeprägt, während die anderen linksseitigen Muskelgruppen, im Gesicht, Rumpf und Unterleib sehr energisch und lege artis zuckten. *Doch blieben die Muskeln des linken Armes während des Anfalls nicht vollständig ruhig, sondern zeigten sowohl während der tonischen, als auch der klonischen Krämpfe sehr deutliche Zuckungen, bald in einzelnen Muskelgruppen, bald in allen Muskeln, diese Zuckungen aber waren wie fremd dem Anfalle und stellten eine Art nicht zugehörigen Zusatzes zu dem regelrecht verlaufenden Anfalle dar.* Im klonischen Stadium zeigten sie sich vollkommen arythmisch und mit den epileptischen Krämpfen zeitlich nicht zusammenfallend und boten in Bezug auf ihre Häufigkeit und Zahl grosse Schwankungen dar; im tonischen Stadium fehlten sie oft oder waren schwach ausgeprägt. Die Krämpfe am linken Beine zeigten, wenn auch schwächer auftretend, keinen Unterschied von denen in den rechten Extremitäten.

Der Kranke ging unter den Erscheinungen von Scorbut an allgemeiner Entkräftung am 29. April zu Grunde. Die 30 Stunden später gemachte *Section* zeigte Folgendes.

Nach Entfernung des sonst normalen Schädedaches zeigte sich im vorderen Theile des rechten Scheitellappens eine unregelmässig ovale, ausgedehnte Vertiefung in der Richtung der Centralwindungen, welche von Cerebrospinalflüssigkeit erfüllt, von der Arachnoidea bedeckt war; durch die Flüssigkeit schimmerten die stellenweise bis zum völligen Verschwinden atrophirten Gehirnwindungen durch. Es waren von der Atrophie betroffen: die hinteren Abschnitte der ersten und zweiten Stirnwindung, fast die ganze vordere Centralwindung mit Ausnahme ihres untersten Theiles, das vordere obere Segment des Paracentrallappens und die beiden mittleren Viertel der hinteren Centralwindung. Die pia war an der betroffenen Stelle etwas verdickt, getrübt, stellenweise gelbbraun pigmentirt, liess sich von der Rinde recht leicht ablösen. Die erkrankten Windungen erschienen stark macerirt und waren an den am stärksten ergriffenen Stellen, den mittleren Theilen der Central- und dem hintersten Abschnitte der zweiten Frontalwindung, als 1 Millimeter dicke Platten von Hirnsubstanz zu sehen, hier fanden sich die Kämme der 3 genannten Windungen und die seitliche, zur Rolando'schen zugewandte Oberfläche der Centralwindungen wie zerfressen, der entsprechende Abschnitt des Sulcus Rolando war in eine ziemlich tiefe, fast quadratische, mehr als 1 Centim. lange und fast ebenso breite Grube verwandelt, deren Boden

kraterförmig in die weisse Substanz des Stabkranzes hineinragte. Fast $^3/_4$ dieser Grube lagen nach unten von der Mitte der Rolando'schen Furche, so dass die Hauptläsion in ihrem Umfange nicht vollständig der Mitte der Centralwindungen entsprach. Schnitte, welche durch die Wände und den Boden der Grube geführt, zeigten die vollständige Abwesenheit der Rindensubstanz, die weisse lag entblösst vor; der Boden der Grube war von einer schleimigen, gelbbraunen Masse bedeckt und erschien somit erweicht, während ihre Seiten fester sich anfühlten. Eine ähnliche schleimige Erweichung der Gehirnoberfläche fand sich im hintersten Theile der ersten Stirnwindung und dem vordern obern Winkel des lobulus paracentralis, von hier auf den oberen Abschnitt der vorderen Centralwindung übergreifend, die anderen erkrankten Windungen zeigten grössere Festigkeit als normal; auf Schnitten war die graue Substanz verschmälert und gelblich verfärbt. Die übrige Oberfläche des Grosshirns bot ein normales Verhalten dar, nur fand sich im hinteren Drittel der 2. Stirnwindung links eine derbe, scharf begrenzte, haselnussgrosse Geschwulst vor, welche fast 1 Centimeter der linken vorderen Centralwindung entfernt, über die Rindenschicht hervorragte, von Kautschukconsistenz war und auf Durchschnitten keine Spur von grauer Substanz aufwies. Sie unterschied sich scharf durch ihre blassgelbe Färbung von der anliegenden Rindenschicht, die sie überziehende pia war blass und verdünnt, in der nächsten Nähe der Geschwulst aber stark vascularisirt. Die makroskopische Untersuchung der Stabkranzregion und der Grosshirnganglien gab ein negatives Resultat.

Aus der Zusammenstellung der klinischen Beobachtung mit dem Sectionsbefunde lassen sich folgende, theils sichere, theils höchst wahrscheinliche Folgerungen machen:

1) Die linksseitige spastische Hemiplegie mit vollständiger Aufhebung der motorischen Leistungsfähigkeit des ausserdem in seinem Wachsthum zurückgebliebenen Armes und mit augenscheinlich fortschreitender Lähmung des Beines steht in unzweifelhaftem ursächlichen Zusammenhange mit der Affection der rechtsseitigen motorischen Rindenzone, welche vollständig zerstört war.

2) In dieser krankhaften Veränderung der rechtsseitigen motorischen Zone liegt auch der Grund zu den paradoxen, während der epileptischen Anfälle beim Kranken beobachteten Erscheinungen. Die corticale Theorie der Epilepsie verlangt als conditio sine qua non die Unversehrtheit der motorischen Rindenbezirke, damit ein typischer epileptischer Anfall zu Stande komme. Schon Luciani (cf. Rosenbach l. c.) hatte bemerkt, dass experimentelle Zerstörungen des einen oder des anderen Rindencentrums aus dem allgemeinen Bilde der Krämpfe das, dem zerstörten Centrum entsprechende Muskelgebiet ausschliesse, eine Beobachtung, welche in der Folge von vielen anderen Untersuchern bestätigt worden ist. Es liegt desshalb nahe, auch in dem vorliegenden Falle einen ähnlichen ursächlichen Zusammenhang der im klinischen Bilde beobachteten Ausfallssymptome mit dem, bei der Section angetroffenen Erkrankung der entsprechenden motorischen Rindenregion an-

zunehmen. Im beschriebenen Falle war aber kein *einfaches Nichttheilnehmen* des linken Armes an den epileptischen Krämpfen vorhanden, sondern es traten, wie oben beschrieben, in seinen Muskeln während des Anfalls Zuckungen auf, welche mit den epileptischen Krämpfen gar nichts gemeinsames hatten. Diese sonderbaren Thatsachen finden in den Versuchen Dr. Rosenbach's von Reizung der entblössten weissen Substanz im Bereiche der motorischen Rindenzone ihre Erklärung; wie bekannt ruft eine solche Reizung eine krampfhafte Zusammenziehung des einen oder des anderen Muskels oder gewisser Muskelgruppen hervor, welche solange anhalten, als die Reizung dauert. Im vorliegenden Falle kann man ja auch annehmen, dass die Zerstörung der grauen, resp. Entblösung der weissen Substanz im Bezirke der motorischen Centren für den linken Arm diese letzteren an der Theilnahme am epileptischen Anfalle verhinderte, aber, so zu sagen ihnen nicht das Recht nahm, durch vereinzelte Zuckungen gegen die rein mechanischen Reizungen zu reagiren, welche zeitweilig durch Circulationsschwankungen und dadurch bedingten Druck auf die Gehirnoberfläche während des Anfalls hervorgerufen wurden. Die unvollständige Ausbildung der übrigens regelrechten auftretenden epileptischen Krämpfe im linken Beine können durch die Atrophie der entsprechenden motorischen Rindencentren erklärt werden.

T. bemerkt, dass seine Beobachtung eine mächtige klinische Stütze für die corticale Theorie der Epilepsie abgebe.

3. Als Ausgangspunkt für die epileptischen Anfälle in dem vorliegenden Falle sei die krankhafte Reizung der Gehirnrinde durch die im hinteren Drittel der zweiten linksseitigen Stirnwindung befindliche oben beschriebene Geschwulst anzusehen. Diese anscheinend willkürliche Annahme wird vom Standpunkte der corticalen Theorie der epilepsie äusserst wahrscheinlich, dafür spricht u. a. die nahe Nachbarschaft des Tumors zur linken motorischen Zone, welche anatomisch vollkommen unversehrt war.

Zum Schlusse führt T. eine, der seinigen sehr ähnliche Beobachtung von Macleod (Brain T. IV. p. 540 1882) an. Ein 30jähriger Idiot, der von der Geburt an eine linksseitige Hemiplegie mit zurückgebliebener Entwickelung der linksseitigen Extremitäten, besonders des Armes zeigte, litt an Anfällen typischer, idiopathischer Epilepsie (initialer Schrei, vollkommener Bewusstseinsverlusst, gleichzeitiges Auftreten der Krämpfe am ganzen Körper u. s. w.), welche indessen die Besonderheit hatten, dass der linke Arm und ein grosser Theil der linken Beinmuskulatur (mit Ausnahme der Becken- und einigen Oberschenkelmuskeln) an den allgemeinen Krämpfen nicht theilnahmen. Die Section ergab eine fast vollständige Zerstörung der rechtsseitigen motorischen Zone, welches durch altes Bindegewebe vertreten war. Diese Beobachtung spricht um so mehr für die corticale Theorie der Epilepsie, als der Verf. ohne vorgefasste theoretische Anschauungen das nackte Factum beschreibt, ohne sich auf weitere Erklärungen desselben einzulassen. Hinze (St. Petersburg).

174) **A. Pick:** Epileptische Geistesstörung. (Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Prof. A. Eulenburg. 2. Aufl. Verlag von Urban u. Schwarzenberg in Wien.)

Die Geistesstörung, welche bei Epilepsie auftritt, bildet keine Complication dieser Nervenkrankheit, sondern ist als eine der Erscheinungsweisen derselben aufzufassen. Wenn auch nicht jeder Epileptiker eo ipso geisteskrank zu sein braucht, so kann er doch in jedem Momente seines Lebens geisteskrank werden. Im Allgemeinen darf man wohl sagen, dass die meisten Epileptiker mit der Zeit eine psychische Alteration erleiden. Bei einer erheblichen Zahl derselben, wo die Krankheit schon in der Kindheit aufgetreten ist, ist von vornherein ein Darniederliegen der geistigen Funktionen zu constatiren. Hier treten vor Allem frühzeitig ungewöhnliche Reizbarkeit und geistige und moralische Abnormitäten in die Erscheinung. Im Grossen und Ganzen ist allen Epileptikern, deren Psyche nicht mehr intact ist, gemeinsam Gemüthsreizbarkeit, Egoismus, wechselnde Stimmung, eigenthümlicher Charakter mit Neigung zur Bosheit und Frömmelei und eine Abstumpfung der Intelligenz, letztere nicht selten auf ethischem und moralischen Gebiete. Bemerkenswerth ist die von der Mehrzahl der Autoren vertretene Ansicht, dass die Intelligenz ganz besonders in den durch häufigere petit-mal-Anfälle ausgezeichneten Formen der Epilepsie Schaden leidet. Mit dem Sinken des geistigen Niveaus gehen auch somatische Erscheinungen einher, wie das Plumpwerden der Züge, das Hässlichwerden des Gesichts u. A. m.

Das Auftreten epileptischer Anfälle in der zweiten Hälfte der dreissiger Jahre oder später muss immer den Verdacht einer zu erwartenden Paralyse erwecken, es sei denn, dass schon früher epileptische Anfälle bei dem betreffenden Individuum beobachtet worden sind. Auch auf alkoholistischer Grundlage kann sich die Epilepsie entwickeln, und sowohl beim akuten als auch beim chronischen Alkoholismus gehören epileptische Anfälle nicht zu den Seltenheiten.

Die häufigsten Formen ausgebildeter Psychosen, welche beim Epileptischen zur Beobachtung gelangen, sind melancholische Zustände mit Selbstmordideen und schwere Formen von Hypochondrie, seltner kommt auch circuläres Irresein auf epileptischer Basis vor. Eine ziemlich grosse Zahl von Fällen, welche früher unter dem Namen Mordsucht oder Mania transitoria etc. aufgeführt wurden, sind unzweifelhaft epileptische Geistesstörungen.

Im allgemeinen unterscheiden sich die letzteren schon durch ihre Symptomatologie, ihre Entwicklung und den Verlauf von den übrigen Formen geistiger Störung, so dass zu ihrer Diagnosticirung durchaus nicht immer der Nachweis epileptischer Anfälle erforderlich ist. Der Häufigkeit nach combinirt sich mit epileptischem Irresein in erster Linie die genuine Epilepsie, sodann die Reflexepilepsie. Was der Verf. als charakteristisch für den Verlauf und die Symptomatologie des epileptischen Irreseins anführt, möge im Original nachgelesen werden. Hinsichtlich des ersteren sei nur erwähnt, dass derselbe im Allgemeinen ein brusker ist.

Von der grössten Wichtigkeit in forensicher Beziehung ist der Erinnerungsdefect für die Zeit der Störung, der in mehr oder weniger hohem Grade und Umfang in allen Formen epileptischen Irreseins angetroffen wird. Indess ist dabei im Auge zu behalten, dass derselbe auch bei verschiedenen anderen psychischen Erkrankungsformen, namentlich solchen mit bedeutender Aufregung und Verwirrung, vorkommt.

Die einzelnen Anfälle des epileptischen Irreseins pflegen sich bei den nämlichen Individuen immer sehr ähnlich zu sein, doch kann von einer photographischen Gleichheit derselben nach des Verf. Ansicht nicht die Rede sein.

Dem Verlaufe nach sind zu unterscheiden: Das postepileptische Irresein und die sogenannten psychischepileptischen Aequivalente. Bezüglich der letzteren ist zu erwähnen, dass ihre Existenz von einzelnen Autoren geleugnet wird. So nimmt z. B. Huglings Jackson an, dass derselben stets Anfälle von petit mal vorausgingen, die übersehen worden sind. Zuweilen kann die epileptische Geistesstörung auch dem epileptischen Anfalle vorausgehen, und der letztere schliesst dann nicht selten die Scene.

Von den verschiedenen Formen, unter denen das epileptische Irresein sich manifestiren kann, sind die wichtigsten: der einfache Stupor (mit Mutismus), der Stupor mit Verbigeration, seltner eine Verbindung von Stupor mit schwatzhaft räsonnirendem Delirium; ferner wichtige, von Falret zuerst als eigenartig erkannte, Typen; das petit mal intellectuel und das grand mal intellectuel. Ersteres ist mehr ein Gemisch von ängstlicher Unruhe, Zwangsideen und Selbstmordgedanken; letzteres äussert sich hauptsächlich in grosser Angst mit intercurrenter heftiger Aufregung, mit lebhaften Delirien und Wuthanfällen. Ferner sind noch zu erwähnen Zustände leichter maniakalischer Exaltation und die manigfachen Erscheinungsweisen der von Samt sogenannten kleinen psychisch-epileptischen Anfälle, Aequivalenten des petit mal. Alle diese Formen können in Anschluss an epileptische Anfälle oder auch als Aequivalente solcher auftreten. In letzterer Hinsicht macht nur der einfache Stupor mit Verbigeration eine Ausnahme.

Das von Samt aufgestellte protrahirte postepileptische Irresein scheint dem Verf. noch nicht hinreichend sicher gestellt zu sein.

Die Prognose des einzelnen Anfalls epileptischer Geistesstörung ist in der Regel eine günstige, es sei denn, dass schon einmal geistige Schwächezustände aufgetreten sind.

Bezüglich der pathologischen Anatomie und der Therapie des epileptischen Irreseins gilt alles Nämliche wie bei der Epilepsie überhaupt.

Reinhard (Hamburg).

---

175) **Josef Offer** (Hall): Ein Fall von acutem tödtlichen Irresein (Hysterie). (Oest. Aerztl. Ver.-Zeitg. 1887 5.)

Pf. Amalia, 24 Jahre alt, wurde am 15. Juli 1884 in die Landes-Irrenanstalt aufgenommen. Patientin erscheint erblich nicht belastet, hatte schon öfters nach Angabe der etwas schwachsinnigen Mutter an

„Krämpfen“ besonders zur Zeit der Menses zu leiden und soll vor und während derselben öfters nicht „recht“ gewesen sein. Die Kranke war einige Tage früher angeblich vom Blitze gestreift worden.

Patientin ist von kleiner Statur, kyphotisch, verhält sich bei der körperlichen Untersuchung, welche normale Verhältnisse ergibt, ruhig, apathisch. Auf Fragen erhält man keine Antwort; sie sitzt untertags an einer und derselben Stelle, scheint nur halb zu percipiren, zeigt verminderte psychische Erregbarkeit, ist unrein und verweigert die Nahrung. Zeitweilig kniet sie nieder, faltet die Hände und nennt leise die Namen „Jesus, Maria“. Abends muss sie von der Wärterin zu Bette gebracht werden, bleibt in derselben Lage, wie man sie abends hineinlegt. Puls 60. Respiration 12. Blick leer, Pupillen gleichweit, träge reagirend. Hautsensibilität herabgesetzt.

Am 19. Juli traten vorübergehend Convulsionen auf. Harn enthält kein Eiweiss, keinen Zucker. Das Sensorium erscheint getrübt. Die Kranke spricht ohne Zusammenhang. Es traten Schlingbeschwerden ein und kann nur etwas Milch genommen werden. Pupillen weit, sehr träge Reaction. Am nächsten Tage traten anfallsweise Zuckungen im Gebiete der beiden Faciales auf, welche sich 2—3stündlich wiederholen und bis zu 10 Minuten anhalten. Dazu gesellen sich gegen Abend klonische Krämpfe an den beiden oberen Extremitäten, Nacken und Thorax. Respiration 40. Puls klein, fadenförmig, 120. Patientin ist bewusstlos, lässt den Urin unter sich, liegt in der anfallsfreien Zeit ganz starr da, hat die Augen weit geöffnet, die Pupillen sind beinahe normal erweitert, reagiren sehr träge.

Sensibilität bedeutend herabgesetzt, Nadelstiche werden kaum empfunden. Die Convulsionen treten ½—1stündlich auf und halten bis zu 10 Minuten an.

Am 21. und 22. Juli annährend dasselbe Bild. Temperatur 38.

Am 23. Juli Bewusstlosigkeit anhaltend, der Kranken kann nur mit Mühe etwas Suppe oder Milch löffelweise beigebracht werden; fortwährend Convulsionen in der linken Gesichtshälfte, in der Muskulatur der beiden obern Extremitäten und am linken Beine. Die Hände machen Greifbewegungen; zugleich Starre der Nackenmuskulatur. Opisthotonus, geringer Strabismus divergens, Reaction der ad maximum erweiterten Pupillen minimal, Respiration 40, Puls kaum zählbar, klein, fadenförmig, Temperatur über 38, Abdomen mässig gespannt, nicht empfindlich; vermehrte Schweisssecretion.

Unter zunehmenden Convulsionen erfolgte der Tod am 24. Juli, 2 Uhr morgens.

Die Section, welche vom Regierungsrath Prof. Dr. Schott vorgenommen wurde, ergab ein negatives Resultat. Im Genitalapparat eine anteflexio uteri und cytöse Degeneration des rechten Ovarium.

R.

176) **L. Wille** (Basel): Ueber Nierenkrankheiten und Psychosen.
(Correspond.-Blatt für Schweizer Aerzte. 1886 Nro. 19. und 20.)

Verf. führt aus seiner eignen Beobachtung zwei Fälle an, die wohl geeignet sind, unsere Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Nierenkrankheiten und Psychosen zu befestigen und zu erweiteren.

Der erste betraf einen 56 jährigen Mann mit schwerer hereditär psychopathischer Belastung und damit in Verbindung stehender originärer psychopathischer Constitution, der bis dahin nie eine Spur einer eigentlichen Geistesstörung gezeigt hatte, aber seit fast 30 Jahren an Arthritis litt. In den letzten drei Jahren Latenz der Arthritis, dann im Verlauf einer arthritischen Nierenentzündung Entwickelung einer schweren acuten Psychose. Dieselbe äusserte sich zunächst in ängstlicher Unruhe, dann gesellten sich lebhafte Gehörs- und Gesichtshallucinationen dazu, und schliesslich traten vollständige Wahnvorstellungen von beängstigendem Inhalt auf, in denen er Alles und Alle für verloren hielt, jammerte, seine Unschuld betheuerte, u. dergl. Später äusserte er auch zuweilen Verfolgungswahn, oder den Wahn bestohlen zu werden, hier und da auch Grössenwahn, und das Krankheitsbild änderte sich auch insofern, als er verwirrter wurde und ziemliche Benommenheit zeigte. Zeitweilig war er geradezu somnolent. Der Harn enthielt stets viel Eiweis, Cylinder, Detritus, zuweilen auch rothe Blutkörperchen. Mit der Abnahme des Nierenleidens besserte sich auch der Geisteszustand, und nach 5 Monaten konnte Pat. als psychisch geheilt angesehen werden. Die Nierenkrankheit war indess noch nicht ganz beseitigt.

Der zweite Fall ist vielleicht noch beweisender, weil hier bereits vor dem Ausbruch der Geistesstörung die Nierenaffection und damit zusammenhängende Störungen des Allgemeinbefindens constatirt wurden und der Ausbruch der Psychose sich direkt an das Auftreten urämischer Erscheinungen anschloss. Derselbe betrifft einen 24 jährigen originär psychopathisch beanlagten, bis dahin jedoch geistig und körperlich gesunden Mann. Der Morbus Brightii war im August nachgewiesen worden. Ende August und Anfang September stellte sich Kopfschmerz, Gastricismus, leichtes Fieber und öfter Schmerzen in den Beinen ein. Die Untersuchung des Urins ergab jetzt ziemlich grosse Menge Eiweis, bald mehr bald weniger Cylinder, hier und da viele Eiterzellen oder rothe Blutkörperchen. Mitte September Zunahme des Fiebers und der Kopfschmerzen und Auftreten ziemlich heftiger Delirien. Am 19. September wegen ausgesprochener Psychose Aufnahme in die Irrenabtheilung. Patient ist ängstlich und unruhig, äussert Vergiftungswahn, dass er bald sterben müsse, sein Seelenheil verloren habe u. dergl. Später gesellten sich hierzu auch Gesichts- und Gehörshallucinationen, in welchen er den Heiland an der Wand sah, seinen Bruder an der Thür klopfen hörte u. s. w.; doch bestanden diese Sinnestäuschungen nicht zu allen Zeiten. Sehr constant und ausgesprochen war jedoch der Vergiftungswahn, auch mässige Benommenheit und Somnolenz wurde im October fast beständig an ihm wahrgenommen. Ende October Nachlass der Albuminurie und allmähliches Verschwinden der geformten

organischen Bestandtheile in demselben. Vom November an Abnahme der Geistesstörung, Patient nimmt ohne Widerstreben Nahrung, obschon er den Vergiftungswahn noch beibehält und keine Krankheitseinsicht zeigt. Am 19. November konnte er anscheinend genesen entlassen werden, doch hatte er auch jetzt noch keine rechte Krankheitseinsicht gewonnen. Das Nierenleiden war geheilt.

Verf. deutet die in beiden Fällen gefundenen Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerz, Uebelkeit, Brechreiz und Erbrechen, Dysponoe und Angstgefühle, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit, verlangsamten Puls, Delirien als urämische Symtome auf, worin man ihm wohl unbedingt beistimmen wird. Diese urämische Intoxication führte dann schliesslich zur Psychose. Mit dem Nachlass der ersteren besserte sich auch die letztere, und mit dem Aufhören der Nierenkrankheit verschwand auch jedesmal die Geistesstörung. Dass nicht in allen Fällen von toxischer Blutveränderung bei Nierenleiden der Ausbruch von Psychosen beobachtet werden, sondern dass dies relativ selten geschehe, rühre wohl daher, dass noch eine mehr oder weniger starke Prädisposition zu Geistesstörung vorhanden sein müsse, wie in seinen beiden Fällen.

Auch die grosse symptomatische Aehnlichkeit der beiden Beobachtungen spricht zu Gunsten der Ansicht Wille's, dass die Geistesstörung beidemale urämischen Ursprunges war. „Beide waren Zustände hochgradiger geistiger Unruhe bis Aufregung in Verbindung mit intercurrirenden Zuständen von Stupor, bei beiden machten sich intensive Angstzustände mit massenhaften Hallucinationen und Wahnideen geltend, beiden waren Störungen des Bewusstseins und Verwirrtheit der Vorstellungen eigen, die von leichter Benommenheit und Unklarheit sich bis zu völliger geistiger Unorientirtheit und Somnolenz steigerten". Verf. fasst beide Psychosen als diejenige Form auf, welche Meynert acuten hallucinatorischen Wahnsinn nennt.

In therapeuthischer Beziehung erwies sich ihm im ersten Falle (arthritische Nephritis) Vin. colchic., Tct. aconit. und Tct. op. smpl. zu gleichen Theilen und in steigender Gabe nützlich. Im zweiten Falle beschränkte er sich auf Milchdiät und ein leichtes salinisches Abführmittel. Reinhard (Hamburg).

---

177) **Fischer** (Illenau): Ueber einige Veränderungen welche Gehörshallucinationen unter dem Einflusse des galvanischen Stromes erleiden. (Arch. f. Psych. XVIII. 1. p. 34.)

Den bereits bekannten Erfahrungen über die Wirkung des galvan. Stromes auf die Gehörstäuschungen (Erlenmeyer, Jolly), fügt der Verf. zwei weitere Beobachtungen hinzu, welche allerdings die Frage ihrer Lösung insofern nicht näher bringen, als durch Anwendung des Stromes in diesen beiden Fällen ein geradezu entgegengesetzter Effect erzielt wurde: Bei einem 48jährigen primär Verrückten mit Aufregungszuständen und hartnäckigem Hinterhauptsschmerz traten bei der 30sten galvanischen Sitzung (8 El. Stöhrer, An. auf Stirn, Ka.

im Nacken) deutliche und lebhafte Gehörstäuschungen auf, — — während bei einem anderen 42 jährigen Hallucinanten mit maniakalischen Paroxysmen nach den ersten 4 Sitzungen die Gehörstäuschungen schwanden und zwar — nach Aussage des intelligenten Patienten der Art, dass für ihn zunächst Articulation resp. Wortunterscheidung wegfiel, und dann die Töne überhaupt schwächer wurden. Dagegen blieb die Neigung Geräusche in Worte umzudeuten, zurück. (Durch letzteren Umstand wird der essentielle Unterschied zwischen Hallucinationen und Illusion characterisirt. Ref.)

Langreuter (Eichberg).

178) **Moeli** (Dalldorf): Ueber die Pupillenstarre bei progressiver Paralyse. (Arch. f. Psych. XVIII. 1. p 1.)

Das *Wesentliche* und *Grundsätzliche* dieses in der Berliner Ges. f. Psych. gehaltenen Vortrages ist in einem Referate dieses Centralblattes (1885 S. 345) bereits mitgetheilt. Die jetzt vorliegende ausführliche Bearbeitung des Vortrages erörtert ferner die Literatur der Frage und liefert die Belege zu den Ergebnissen des Autor's in Gestalt zahlreicher klinischer Notizen und Sectionsberichte.

Langreuter (Eichberg).

179) **J. Mayr** (Rosenheim): Ein Fall von Schwachsinn.
(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 38. Jahrg. 1. Heft, Jan. u. Febr.)

Die Bauerstochter Marie Z. stand seit ihrer Volljährigkeit wegen gänzlichen Kontracteseins unter Kuratel. Nach 4 Jahren beantragt sie Aufhebung derselben, um ihren Stiefvater in den Besitz ihres Vermögens kommen zu lassen, während die Gemeinde aus Furcht vor Nöthigwerden der Armenpflege einwendet, dass sie schwachsinnig sei. Da sich die beiden erst erforderten ärztlichen Gutachten widersprechen, so erfordert das Amtsgericht ein Gutachten von einem Amtsarzte und einem praktischen Arzte. Dasselbe lautet, wie folgt; Marie Z., ledige Bauerstochter von R. steht im 26. Lebensjahre und ist erblich nicht belastet. Ihre Mutter will im 9. Schwangerschaftsmonat heftig erschrocken sein, und leicht geboren haben. 4 Wochen alt, erkrankte das Kind an heftigen, einige Tage dauernden Krämpfen, welche Lähmung der linkseitigen Extremitäten zurückliessen. Die Sprache war mit 4 Jahren noch sehr unvollkommen. Eine Kur im Alter von 6 Jahren brachte nur geringe temporäre Besserung, sie liegt daher meist zu Bett und ging nicht zur Schule. Manchmal treten heftige Krämpfe auf, durch welche die Beine an den Leib herangezogen werden. Schlaf und Appetit sind gut. Auch trinkt Exploratin viel Bier, das sie auch ohne Durst auf einmal hinabstürzt.

Stat. pr. am 9. 4. l. J. Die Kranke liegt mit herabgerutschtem Oberkörper im Bett auf der Leibschüssel, die Beine sind angezogen, Haut und Schleimhäute blass; Muskulatur stark geschwunden. Linker Arm kontrakturirt und paretisch. Hand unbeweglich Finger klauenartig gebeugt; rechter Arm beweglicher, Sensibilität normal; schwache

Pubes, kleine Schamlippen hervorragend, Brüste gut entwickelt. Ueber den Lungenspitzen verschärftes Exspirium. Geringer Husten mit Schleimauswurf; Puls sehr klein, 132. Menses cessiren seit 9 Monaten. Pupillen reagiren gut. Gaumensegel schlaff herabhängend. Gesichtsschädel stärker entwickelt, als Hirnschädel, Schädelmasse etwas klein. Sprache langsam, näselnd, Lachen läppisch. Fragen werden wiederholt, kann einfache Additions- und Subtractions-Exempel lösen, dagegen nicht dividiren. Ist über die Begriffe „Zins und Capital" unklar. Das Kolloquium, welches die Kranke sichtlich erschöpft, ergibt deutlichen Schwachsinn. Maria Z. ist in früher Jugend an spinaler Kinderlähmung erkrankt. Dieses Leiden ist unheilbar und wird den Tod der Kranken in unbestimmbarer Zeit herbeiführen, wenn derselbe nicht früher durch Tuberculose erfolgt. Für geistige Schwäche spricht schon die Kleinheit des Gehirnschädels. Auch ergibt die Exploration Schwäche des Urtheils und Begriffsvermögens. Auch die affective Seite des psychischen Lebens, sowie die Willensthätigkeit, sind herabgesetzt.

Resumé. 1. Marie Z. leidet an unheilbaren Lähmungen, die ihren Ursprung im Central-Nervensystem, (Rückenmark und Gehirn), haben.

2. Ihre geistige Entwicklung ist etwa diejenige eines 12 jährigen Kindes, sie ist schwachsinnig.

Auf Grund disses Gutachtens wurde die Marie Z. unter Kuratel gelassen. Landsberg (Ostrowo).

---

180) **Sander** und **Richter**: Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Gutachten Nro. 6. (Siehe Jahrgang 1886 pag. 187).

VI. *Epilepsie. Anfäll evon Tobsucht mit mangelnder Erinnerung. Hausfriedensbruch. Widerstand gegen die Staatsgewalt u. dergl.*

Der Arbeiter Otto H., 29 Jahre alt, stammt von geisteskrankem Alkoholiker und leidet seit seinem 18. Jahre an Epilepsie, wegen deren ihm der Fahrschein als Droschkenkutscher entzogen wurde. Von 1876 bis Juli 80 folgen zahlreiche Ausschreitungen, welche ebenso häufige Bestrafungen zur Folge haben. Er wird zunächst in die Irrenstation der Charité aufgenommen und von da als unheilbar der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf überwiesen. Der O. H. ist von mittlerer Statur, kräftig gebaut, gut genährt. Schädel etwas gross, rundlich, mit stark hervortretenden Stirnhöckern. Gesichtsausdruck etwas stupid. Bewegungen und Sprache langsam. Häufiger Wechsel der Gesichtsfarbe, Intoleranz gegen Alkohol. Oefters epileptische Anfälle mit nachfolgendem sopor. H. zeigt gewöhnlich ein schwachsinniges Verhalten, sein Gedächtniss ist schwach, ebenso sein Urtheil. Daneben eine excessive Heftigkeit, die sich nach Alcoholgenuss noch steigert. Seine Leistungsfähigkeit ist sehr gering. Ausserdem kommen theils im Zusammenhange mit aufeinander folgenden Anfällen, theils ohne solche Zustände von Verwirrtheit vor, in denen H. zu hallucniniren scheint und im höchsten Masse aggresiv wird. Dieselben hinterlassen fast vollständigen Errinnerungsdefect. Ein Theil der Strafthaten fiel in solche Zustände. Der O. H. ist daher gemeingefährlich und unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

VII. *Periodische Tobsucht mit Amnesie (Epileptische Grundlage). Desertion. Widerstand gegen die Staatsgewalt.*

Der frühere Unteroffizier, zuletzt als Arbeiter bezeichnete Gustav Adolf R. hat seit dem 23., vielleicht schon seit dem 21. Lebensjahre alljährlich einen Anfall heftigster, geistiger Erkrankung durchgemacht. Derselbe beginnt mit Schlaflosigkeit und gesteigerter Erregbarkeit und geht allmählig in einen Zustand von Verwirrtheit und Tobsucht über, in welchem Patient zwecklos umherirrt und zuletzt sehr störend wird. Die erste Periode des Anfalls brachte ihn stets in Konflikt mit dem Strafgesetz. Es folgt Amnesie. In der Zwischenzeit zeigt Provokat mürrischen Gesichtsausdruck, langsame Sprache, Gedächtnissschwäche, grosse Indolenz und Schlaffheit. Sinnestäuschungen sind nicht auszuschliessen.

Provokat ist klein, kräftig gebaut, gewöhnlich blass, leicht erröthend, Puls wenig frequent, Spannung der Radialis gering, Pupillen zuweilen ungleich, meist etwas weit, reagiren sehr schnell. Schädel rundlich, Stirn klein und niedrig, im oberen Theile abgeflacht. Provokat leidet an häufigen, zum Theil lang andauernden Anfällen periodischer Tobsucht, in denen er gemeingefährlich wird und verhält sich auch in der Zwischenzeit psychisch nicht normal. Er ist daher unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Landsberg (Ostrowo).

181) Jahresbericht der niederöstereichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs und Klosterneuburg pro 1883.

Sämmtliche 3 Anstalten sind überlastet. Am meisten ist dies in Wien der Fall, hier betrug die Zahl der über den normirten Pfleglingsstand untergebrachten Kranken zeitweise 80 bis 90. Die Ueberlastung geschieht auch zum Theil mit durch die Aufnahme immer wieder rückfällig werdender Trinker und Verbrecher. Es. soll für diese ein eigenes Asyl gebaut werden. Die Ueberfüllung hat verschiedentlich Rothlauf und Diarrhoeen in einer der epidemischen Form nahen Weise zur Folge gehabt.

Landesirrenanstalt Wien. Die Anstalt hat 700 Plätze, die Zahl der behandelten Geistesgestörten im Jahre 1883 betrug 1495 (874 M. 621 W.) davon wurden geheilt 8,22%, gestorben sind 14,91%. Abgang überhaupt 792, Zugang 732, darunter 126 Paralytiker, durchschnittlicher Krankenbestand 761; höchster 791, niedrigster 712. Unter den hauptsächlichsten Ursachen zur geistigen Störung stehen Trunk und Erblichkeit obenan. Von den in etwas höheren Ziffern constatirten sogenannten somatischen Ursachen sind besonders hervorzuheben: traumatische Einwirkungen, puerperale Erkrankungen, Menstruationsanomalien, Syphilis, acute Gehirnerkrankungen, Erschöpfungszustände, Marasmus, Epilepsie. An somatischen Störungen wurden 56,72% behandelt, darunter 2 Fälle in denen sich nach dem Auftreten einer schweren Gesichtsrose, die früheren seit Monaten stationär gebliebenen psychischen Störungen rasch besserten und beide Kranke nach einiger Zeit als genesen entlassen wurden.

Weiterhin sind, wie schon oben angedeutet eine grössere Zahl von acuten Darmcatarrhen bemerkenswerth, (von 98 Pfleglingen erkrankten an einem Tage 57) einige Fälle von Dysenterie mit tödlichem Ausgang und neben andern 13 Fälle von Gesichtsrose.

Von Verletzungen und Unglücksfällen sind hervorzuheben: Bruch der 10. Rippen bei einem Paralytiker; Bruch der 4. 5. 6. 7. 8. 9. Rippe rechts und der 2. 3. 4. 5. 6. Rippe links durch Sturz und Umwälzen auf dem Boden bei einem ganz geschwächten, marastischen paralytischen Alkoholiker; Gangrän der Zunge; Selbstverletzung am Gliede durch Glasplitter; Selbstausbrechen der Schneidezähne; ein in Folge des Ringtheaterbrandes erkrankter Sicherheitswachmann riss sich Kopf- und Barthaare aus, suchte sich im Gesichte und an den Armen fortgesetzt aufzukratzen, die vernarbten Wundstellen gewaltsam aufzureissen. Eine paralytische Kranke erstickte während des Essens durch zu hastiges Verschlingen von Brod. Acht Kranke versuchten sich wiederholt zu erwürgen; eine Kranke versuchte sich zu ersticken dadurch, dass sie sich eine Compresse in den Mund steckte und diese gewaltsam in den Schlund hinabzuschieben versuchte, eine andere durch ein zusammen geknetetes Stück Brod, eine dritte mittelst eines Ballens von Kopfhaaren; mehrere weibliche Kranke machten Erhängungsversuche. Eine Kranke bekundete das fortgesetzte Bestreben beim Schliessen der Zellenthür ihre Finger zwischen die Thür und den Thürstock einzuklemmen. Eine hartnäckige Selbstmörderin machte eine ganze Reihe von Versuchen sich das Leben zu nehmen. Unter anderen versuchte sie die Heftfäden aus den Matratzen zu ziehen, um sie zu einem Strang zusammen zu drehen, riss vom Lehnstuhl das Leder herab um es in Mund und Nase zu stecken, hierdurch die Einführung der Schlundsonde zu verhindern; sie zog die Knöpfchen von ihrem Hemde ab und steckte sie in die Nase, ebenso Brodkrumen und die verschiedensten Abfälle deren sie habhaft werden konnte; fuhr mit dem Arme in den Abort, um sich an einer etwaigen Kante die Blutgefässe aufzureissen, drückte sich gewaltsam mit aller Kraft den Unterleib zusammen u. s. w. Sie starb an Lungenbrand und Encephalitis. Eine andere Patientin versuchte sich den Rest der schon vor ihrer Einbringung abgebissenen Zunge herauszureissen und suchte dieselbe mit den Fingern zu zerfleischen, steckte die Hand in den Mund um sich zu ersticken, ferner in den After, um sich denselben zu zerreissen, auch suchte sie sich ihren Nabel zu zerfleischen. —

Wegen Nahrungsverweigerung wurden wiederholt verschiedene Kranke mit der Sonde gefüttert. Mechanische Beschränkung wurde nur in 4 Fällen wegen hartnäckigen Selbstmordversuchen angewendet, bei sieben weiblichen Unruhigen eben deswegen feuchte Einwickelungen. Entweichungen kamen 24 mal vor. Isolirt mussten 355 Pfleglinge werden.

Von den mit Tode abgegangenen Kranken litt die überwiegende Mehrzahl an Paralyse.

Medicamentös ist die Behandlung mit Paraldehyd zu erwähnen.

Es haben die Versuche ergeben, dass die Wirkung keine gleichmässige und keine anhaltende ist.

Bei der Diät muss erwähnt werden, dass nebst der von der Anstalt verabfolgten Kost bei einer relativ grossen Zahl der Pfleglinge auch aus den Verlagsgeldern derselben Extraverschreibungen und Kostaufbesserungen erfolgten und erscheint es gewiss bedeutungsvoll auf diese Verhältnisse hinzuweisen, um darzuthun, dass ohne diese Extrakostverschreibung auf Kosten der Kranken die von der Anstalt verabfolgte Diät kaum sufficient wäre, namentlich für Pfleglinge der I. und II. Klasse. Die auf Kosten der Kranken verabfolgten Speisezubesserungen erreichten im Jahre 1883 die Summe von über 12000 Gulden.

Bei Aufzeichnung der zerstörten Gegenstände fungiren 1042 Fensterscheiben. Beschäftigt wurden von 1495 Kranken 508 M. 169 W. also mehr als 45%.

Die Zahl der durch auswärtige Personen abgestatteten Besuche betrug in Summa 38,828.

Von dem Wartepersonal kamen in Abgang 100 männliche und 66 weibliche Krankenpfleger, davon haben selbst gekündigt 56 Wärter 34 Wärterinnen.

Durch die Mittel des Vereins zur Unterstützung der aus der Landesirrenanstalt als geheilt entlassenen Pfleglinge wurde es ermöglicht an 260 Pfleglinge 3860 Gulden im Betrage von 5 bis 75 Gulden pro Person zu gewähren.

Landesirrenanstalt Ybbs. Auch diese Anstalt war im abgelaufenen Jahre dauernd überfüllt. Am Ende des Jahres 1883 war bei einem Normalbelegeraum von 405 der Krankenbestand 450, gegen 449 im Vorjahr. Zugang 73, somit verpflegt 522 (238 m. 284 w.). Abgegangen 72 (35 m. 37 w.) davon gestorben 41 (23 m. 18 w.) Eine grosse Verlegenheit für die Anstalt waren, wie immer, die zahlreichen Fälle von Säuferwahnsinn. 224 Pfleglinge wurden an somatischen Erkrankungen behandelt, davon sind 181 genesen und 42 gestorben. An Catarrhen der Luftwege und Digestionsorgane erkrankten 86. Davon starben 6. An Lungentuberculose starben 30 d. i. 75% aller Todesfälle.

Die Arbeiten der Kranken wurden mit Geld gelohnt. Da nun den arbeitsfähigen Pfleglingen nur die einfache Normalkost bewilligt wird und Zubussen verdient werden müssen, so haben sich alle irgend Arbeitsfähigen, d. i. zwei Drittel der Verpflegten zur Arbeit gedrängt.

Landesirrenanstalt Klosterneuburg. Hier herrscht partielle Ueberfüllung namentlich in den Isolirräumen. Ursprünglich Irrensiechenanstalt aus einem älteren Gebäude adaptirt, hat sie viele Mängel. Es fehlen genügende Corridore, Gartenräume, directe Zugänge. So müssen z. B. die unruhigen Frauen durch die ruhigen Abtheilungen geführt werden.

Die sanitären Verhältnisse waren trotz der bedenklichen Lage der Anstalt am todten versumpften Donauarme ziemlich günstig. Es sank das Sterbeprocent gegen das Vorjahr von 13 auf 10%.

Es verblieben am Ende des Jahres 1882 310 Kranke (144 M. 166 W.). Aufgenommen wurden im Jahre 1883 122 Kranke (58 M.

64 W.). Die Summe der Behandelten beträgt somit 432 (202 M. 230 W.). Davon kamen in Abgang 106 (54 M. 52 W.), verbleiben Ende 1883 326 (148 M. 178 W.). Gestorben sind 46 (17 M. 24. W.).

Der Umstand, dass eine Kranke durch Aufschlagen des Kopfes auf den Fussboden der Isolirzelle in selbstmörderischer Absicht sich eine Gehirnerschütterung zuzog, der sie erlag, veranlasste den Landesausschuss die Anschaffung einer Polsterzelle zu empfehlen. Die Anstalt hatte im Frühjahre 1883 an Wassermangel zu leiden.

Der Referent hat aus den in der Landesirrenanstalt zu Wien vorgekommenen Selbstmordversuchen einige besonders hervorgehoben um daran nachfolgenden Fall zu reihen, der doch wohl den Spruch Ben Akiba's zu Schanden macht. Hier wurden zum Ersticken nicht Compressen, nicht die Faust, nicht Haare, Brod etc. benutzt, sondern das Inlet sowohl wie der Ueberzug des Kopfkissens wurden obgleich der Kranke seiner grossen Neigung zum Selbstmord wegen beschränkt war und unter Aufsicht schlief, mit den Zähnen durchgebissen und dann mit der Zunge die Federn herausgelangt und hinuntergewürgt. Das Röcheln und Schnarchen machte den Wärter aufmerksam und entfernte er aus dem Halse des Betreffenden eine in Form einer Gänsenudel zusammengeknetene Masse von Federn die eine Länge von 10 ctm. hatte und über Daumendick war.

Neuendorff (Bernburg).

III. Aus den Vereinen.

Academy of medicine in Ireland.

Sitzung vom 28. Jan. 1887. (Brit. med. journ. 19. Febr. 1887.

182) **Norman:** *Classification of insanity.* (Eintheilung der Geistesstörungen.)

N. welcher im Allgemeinen die von Krafft-Ebing gegebene Eintheilung der Geistesstörungen acceptirt, ist der Meinung, dass sich gleichwohl eine Anzahl von Fällen mit keinem der fest umgrenzten Krankheitsbilder zur Deckung bringen lasse. Die angeführten Fälle zeichnen sich durch evidenten Wechsel des affectiven Zustandes aus, zwei mal zuerst ausgesprochen maniakalisches, dann melancholisches Verhalten, einmal die umgekehrte Reihenfolge.

Die Fälle gehörten im Uebrigen entschieden zu den sg. Psychoneurosen, circuläres Irresein war auszuschliessen.

Ueber das Vorhandensein oder Fehlen von Hallucinationen fehlt fast jede Angabe doch will es dem Ref. scheinen, als seien die qu. Fälle mit Wahrscheinlichkeit dem sog. hallucinatorischen Wahnsinne resp. Irresein zuzuzählen. In der Discussion wurde die Wichtigkeit einer richtigen Beurtheilung solcher Fälle mit Rücksicht auf die Prognose hervorgehoben. Nagel (Halle a. S.).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28)

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

11. Jahrg. | 1. April 1887. | Nro. 7.

Inhalt.

I. Originalien. I. Beitrag zur Lehre von den Modificationen der partiellen Entartungsreaction. Von Prof. M. Bernhardt in Berlin. II. Die neurologische Section auf dem II. Congresse russischer Aerzte in Moskau 1887. Von Dr. Hinze in St. Petersburg. (Schluss).

II. Original-Vereinsberichte. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. König in Dalldorf. **Westphal**: Ueber Ganglienzellengruppen im Niveau des Oculomotoriuskernes. **Joseph**: Zur Physiologie der Spinalganglien. **Oppenheim**: Ueber einen Fall von chronischer progressiver Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund. **Siemerling**: Ueber Herderkrankung im Grosshirn.

III. Referate und Kritiken. **Beevor**: Corpus callosum. **Tooth**: Beitrag zur topographischen Anatomie des Rückenmarkes. **Horsley, Schiff**: Beziehungen der Hinterstränge zu den excitomotorischen Zonen des Gehirns. **Dudley**: Fall von Läsion einer Kleinhirnhemisphäre verbunden mit Degeneration der entgegengesetzten Olive. **Ross**: Tabes mit Laryngealcrisen und primäre Sclerose der Goll'schen Stränge zugleich mit Ophthalmoplegia externa. **Wiglesworth**: Fall von corticaler Lähmung. **Davy**: Trepanation nach Epilepsie. **Frey**: Aneurysma als Ursache von Intercostalneuralgie. **Charcot**: Herdsklerose. **Semmola**: Ueber die paralytische Herzataxie bulbären Ursprungs. **Hedinger**: Krankenbericht der Heilanstalt für Ohrenkranke in Stuttgart von 1883—1885 und Mittheilungen über die Fortschritte der Ohrenheilkunde in den letzten Jahren. Neurosen. **Achard**: Die hysterische Apoplexie. **Wilbrand**: Die Seelenblindheit als Herderscheinung und ihre Beziehung zur homonymen Hemianopsie, zur Alexie und Agraphie. **Hughlings-Jackson**: Beitrag zum vergleichenden Studium der Convulsionen. **Ferrand**: Die Sprache und die Aphasie. **Dujardin-Beaumetz**: Behandlung der Anämie des Gehirns. **Dilthey**: Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn. **Friedrich**: Die Entstehung des Wahnsinns in der Phantasie vom Standpunkt der Psychologie aus untersucht. **Hyslop**: Complete Remission der Symptome einer acuten Manie während temporärer Verstopfung der Sinus. **Brouardel**: Die sexuelle Schwäche in ihren Beziehungen zur Idiotie, der Paralyse, dem Alkoholismus, der eingebildeten impotentia coeundi.

IV. Aus den Vereinen. I. Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein in Bern. II. Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

V. Tagesgeschichte.

I. Originalien.

I.

Beitrag zur Lehre von den Modificationen der partiellen Entartungsreaction.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

Ueber die Modificationen der partiellen Entartungsreaction haben uns gerade die letzten Jahre so wichtige Aufschlüsse gebracht, dass es manchem überflüssig erscheinen könnte, das hierhergehörige klinische

Material noch zu vermehren. Ich gebe gern zu, dass es zur Förderung der in dieser Richtung sich aufwerfenden Fragen vortheilhaft wäre, experimentelle Ergebnisse oder sorgfältig erhobene pathologisch-anatomische Befunde bekannt zu geben; da ich dies aber zur Zeit zu leisten nicht im Stande bin, so begnüge ich mich mit der Publikation einer klinisch sorgfältig verfolgten Beobachtung, welche, so hoffe ich, das schon Bekannte zum Theil zu bestätigen, zum Theil zu ergänzen im Stande sein wird. Die folgende Mittheilung schliesst sich am engsten an die an, welche Erb[5]) im Jahre 1883 als Beobachtung I publicirt hat.

Es handelt sich in diesem (meinem) Falle um eine in der Mitte der zwanziger Jahre stehende verheirathete Dame, welche in den ersten Wochen *dieses* Jahres über eine allmählig zunehmende Schwäche ihres linken Beins und eine erhebliche Beeinträchtigung ihres Gehvermögens zu klagen begann. Der allgemeine Gesundheitszustand blieb dabei unverändert*). Schmerzen haben zu keiner Zeit bestanden, die Psyche, die Sinnesorgane, die oberen Extremitäten, die rechte untere zeigten nie irgendwelche Abweichungen von der Norm, die Functionen der Blase und des Mastdarms blieben und sind ungestört. Bei eingehender Untersuchung des Bewegungsvermögens des linken Beins zeigten sich zunächst die Locomotionen im Hülft- und Kniegelenk vollkommen erhalten und mit einer dem körperlichen Zustand der Patientin im Allgemeinen entsprechenden Kraft ausführbar; nur fiel auf, dass links das Kniephänomen im Vergleich zu rechts schwer oder gar nicht hervorzubringen war. Anders verhielt es sich mit der Bewegungsfähigkeit des linken *Fusses* und der *Zehen*. Der Fuss hing im Tibio-Tarsalgelenk schlaff nach unten und konnte trotz der grössten Willensanstrengung der Patientin nicht dorsalflektirt werden; in Bezug auf die Zehen kam nur eine eben angedeutete Dorsalflexion des hallux zu Stande. Dagegen konnte der passiv dorsalflektirte Fuss plantarflektirt und auch die Zehen sämmtlich plantarwärts aktiv gebeugt werden, wenngleich mit deutlich gegen rechts verminderter Kraft. Neben diesen Lähmungszuständen (übrigens war auch der Waden*umfang* links gegen rechts um $1^1/_2$ ctm. geringer) ging eine zwar nicht absolute, doch immerhin recht bemerkenswerthe Herabsetzung der Sensibilität am ganzen linken Fuss (Rücken- und Sohlenfläche) und am Unterschenkel einher, eine Hypästhesie, welche an der Haut der Wade sich sogar im stärkerem Grade ausgeprägt zeigte, als an der Vorder-Aussenfläche des Unterschenkels. Schmerzen hatten, wie schon erwähnt nie bestanden, auch konnten selbst bei tiefem Druck auf Nerven oder Muskeln Druckschmerzpunkte nicht aufgefunden werden. Das Gehen war, wie dies für Peroneuslähmungen bekannt, dadurch sehr behindert, dass die Kranke, um das Anstossen der linken Fussspitze an den Boden zu

*) Die Dame hatte seit ihrer etwa vor einem Jahre erfolgten Entbindung über Kreuzschmerzen zu klagen begonnen, welche Veranlassung zur Untersuchung der Nieren und des Urins gegeben hatten. Letzterer wurde eiweisshaltig befunden. Dieser Eiweissgehalt besteht (etwas über 0,1% nach dem Esbach'schen Albuminimeter) noch heute, der Urin ist blassgelb, ziemlich klar, von 1022 Spec. Gew., die Sedimente sind sehr spärlich und bestanden nur aus theils vereinzelten, theils in Haufen zusammenhängenden Pflasterepithelien. Cylinder wurden nicht gefunden. Irgend welche subjectiven Beschwerden bestehen *nicht*: Anschwellungen der Beine oder sonstwo sind nicht vorhanden und sollen nie aufgetreten sein. Das Allgemeinbefinden giebt, wie schon erwähnt, zu keinerlei Klagen Veranlassung.

verhindern, bei der Unausführbarkeit der Dorsalflexion das ganze linke Bein im Hüftgelenk abnorm hoch heben und den ganzen linken Unterschenkel nach vorn schleudern musste. Besonders interessant waren nun die **Ergebnisse der elektrischen Exploration.** Insofern das rechte Bein in jeder Beziehung intakt war, bot es in diesem Falle ein bequemes Vergleichsobject für das linke dar, sodass, da beiderseits in genau derselben Weise vorgegangen wurdé (indifferente Elektrode (25 qcm.) oberhalb der Patella am betreffenden Oberschenkel, differente Elektrode bei einigen Untersuchungen von 3, bei anderen von 5 qcm. Oberfläche an den differenten Punkten), auch ohne dass Anspruch darauf gemacht werden kann, absolute Werthe erhalten zu haben, der wesentliche Zweck einer genauen elektrodiagnostischen Untersuchung in Bezug auf diesen speciellen Fall erreicht wurde. Es wäre für die Leser zu ermüdend und ist für die Beurtheilung des Falles auch unnöthig, alle Einzelresultate der wiederholt vorgenommenen Explorationen ausführlich mitzutheilen: Die wesentlichsten Data folgen:

Es zeigte sich zunächst, dass die elektrische Erregbarkeit des gelähmten Nerv-Muskelgebiets (es ist hier zunächst immer vom linken n. peroneus die Rede) für den Induktionsstrom sowohl bei *direkter* wie bei *indirekter* Reizung *erhalten* und im Vergleich zu rechts kaum abgeschwächt, ja einige Male sogar eher etwas erhöht erschien, (letzteres freilich nur bei indirekter Reizung und in so geringem Masse, dass es innerhalb der Grenzen der Beobachtungsfehler liegen konnte). Also z. B. erste Zuckung vom linken n. peron. am cap. fibulae und etwas nach oben und innen davon links bei 68 m. m. Rollenabstand, rechts (an der gesunden Seite) bei 60 m. m.; andere Male freilich rechts (an der gesunden Seite) bei 60 R. A., erste bei 59, oder links und rechts bei 62 m. m. R. A., oder rechts bei 50 m. m. R. A., links bei 53 m. m. Dieselben kleinen Differenzen, welche sich links (kranke Seite) eher zu Gunsten der faradischen Erregbarkeit zeigten, erwiesen sich, was die direkte faradische Muskelerregung angeht, eher zu Gunsten der rechten (gesunden) Seite: soviel geht aber sicher aus den Untersuchungen hervor, dass eine *irgend wesentliche Herabsetzung* der indirekten oder direkten *faradischen Erregbarkeit* an der kranken Seite *nicht* bestand.

Sehr auffällig dagegen zeigte sich bei der faradischen Reizung die deutlich und exquisit ausgeprägte *Trägheit* der, sei es bei Nerven- sei es bei direkter Muskelreizung erzielten, *Zuckung,* welche nach Unterbrechung des Stromes nur langsam und allmählig sich ausglich. Es war hierbei ganz gleichgültig, ob Ströme der secundären Spinale oder des Extracurrentstromes der primären benutzt wurden und ob die Unterbrechungen sich häuften, oder ob nur einzelne Schläge (des Oeffnungsinduktionsstromes der secundären Spirale) benutzt wurden. Dasselbe galt für die direkte Reizung der gelähmten Muskeln (tib. ant., ext. hall. long., ext. digit. commun.) mit einzelnen Oeffnungsschlägen.

Prüfte man nun die *galvanische Erregbarkeit* zunächst der gelähmten *Muskeln* (direkte Reizung) so ergab sich dieselbe nicht allein erhalten, sondern sowohl für Ka S, als auch für A S gegen rechts auf das deutlichste *erhöht:* dabei verliefen auch hier die Zuckungen *exquisit träge* und die Anodenschliessungszuckungen der kranken Muskeln erfolgten bei geringeren Stromstärken (4 zu 5 M. A.), als die durch Kathodenschluss erzielten (ASz > KaSz): Oeffnungszuckungen wurden überhaupt nicht erhalten.

Bei *indirekter Reizung* vom Nerven aus wurden an der kranken Seite sowohl bei Kathodenschluss, als auch bei Anodenschluss und Anodenöffnung (und zwar der Norm entsprechend KaSz > ASz und ASz > AOz) Zuckungen erzielt.

Auch *diese* verliefen *exquisit träge*, im deutlichsten Gegensatz zu den sowohl direkt, wie indirekt entweder bei faradischer oder galvanischer Reizung erhaltenen und natürlich der normalen Zuckungsformel entsprechenden Contraktionen der rechten gesunden Seite. Wie auf der gesunden Seite erfolgte auch auf der kranken die ASz eher (d. h. bei etwas geringerer Stromstärke), als die AOz; und wenn die Stromstärke, welche auf der rechten Seite erforderlich wurde, um ASz zu erzielen, auch um etwas geringer (einigemale umgekehrt eher etwas bedeutender) war, als die für Erreichung desselben Erfolges auf der kranken Seite nothwendige, so erschien umgekehrt (und gerade dies wurde in vielfachen, zu verschiedenen Zeiten angestellten Untersuchungen immer wieder festgestellt) die Stromstärke zur Erzielung der trägen KaSz vom kranken Nerven aus deutlich *geringer* (in einigen Versuchen freilich auch nur *gleich*) als die auf der gesunden Seite bei indirekter Reizung zur Erzielung blitzartiger Zuckungen nothwendige, so dass es fast den Eindruck machte, als ob für KaS die Erregbarkeit des kranken Nerven eine Spur erhöht wäre.

Schnelles einmaliges Beklopfen der kranken gelähmten Muskeln mit dem Perkussionshammer bewirkte stets eine langsam ansteigende und allmählig abschwellende träge Zuckung derselben.

Im Bereich des n. tibialis und der Wadenmuskeln traten im Ganzen ähnliche, aber nicht so deutlich ausgesprochene und wie im Gebiet des n. peron. von einander zu trennende Erscheinungen auf; jedenfalls verliefen auch hier die mit beiden Stromesarten zu erzielenden Contraktionen träge, konnten aber deutlich nur bei gegen rechts etwas erhöhten Stromstärken ausgelöst werden.

Dem Mitgetheilten nach glaube ich, was zunächst die Natur der vorliegenden krankhaften Erscheinungen anbetrifft, einen im Bereich des n. peroneus und tibialis sinister vorhandenen Degenerationsprocess annehmen zu dürfen. Zwar sind die ätiologischen Momente, die zu der Affection Veranlassung gegeben haben, nicht klar: aber bei der Beschränkung des krankhaften Prozesses auf ein Nervengebiet (n. ischiadicus unterer Abschnitt) und der nicht unerheblichen Betheiligung auch der sensiblen Fasern an der Erkrankung dürfte (auch trotz der fehlenden Schmerzerscheinungen) die Annahme einer degenerativen peripherischen Neuritis die vorhandenen Erscheinungen am ehesten erklären.

Was die neuerdings (wenn auch nicht in ganz identischer Weise) öfter beobachteten, ausführlich übrigens bis jetzt doch nur spärlich beschriebenen elektrischen Erregbarkeitserscheinungen angeht, so gehört die mitgetheilte Beobachtung wohl zu denen, die Erb[5]) (vergl. auch dessen Handb. der Elektroth. 1886 II. Aufl. S. 223) als „partielle Entartungsreaktion mit obligater (oder auch indirekter) Zuckungsträgheit“ bezeichnet hat. Von der oben citirten Erb'schen Beobachtung unterscheidet sich die meine aber zunächst durch das Vorhandensein auch der Anodenschliessungszuckung bei indirekter Reizung und durch das Faktum, dass nicht nur bei galvanischer *direkter Muskel*reizung eine deutlich erhöhte Erregbarkeit gegenüber den gesunden Muskeln nachgewiesen ist, sondern dass auch bei *indirekter* Reizung mit dem galvanischen Strom einigemale eine wenn auch nur geringe Erhöhung der Erregbarkeit gegenüber der gesunden Seite gefunden wurde.

Seitdem zuerst Ziemssen und Weiss[4]) beim Kaninchen, später Erb[1]) und ich[3]) beim Menschen Unterarten der Entartungsreaktion

beschrieben haben, die nach Erb den Namen der partiellen Entartungsreaktion führen, seitdem ferner Erb[1]) und ganz besonders E. Remak[2]) die träge faradische Zuckung bei direkter und indirekter Reizung gefunden hatten, (faradische Entartungsreaction Remak) ist durch Leegard[4]), Vierordt[4]) Kast[6]) und die oben öfter erwähnte Arbeit Erb's eine grosse Fülle dieser Modificationen der Entartungsreaktion bekannt geworden, welche neuerdings durch E. Remak[7]), ganz besonders aber durch R. Stintzing[8]) in zusammenfassender Arbeit geschildert worden sind. Hiernach würde die mitgetheilte Beobachtung in der auch durch v. Ziemssen[4]) in seinem soeben erschienenen Buche acceptirten Klassification Stintzing's zu der III. Gruppe der Varietäten der Entartungsreaktion und speciell zu Nro. 8 gehören, mit der Modifikation immerhin, dass bei Reizung vom Nerven aus die träge Zuckung nicht nur bei gleicher, sondern manchmal sogar bei quantitativ etwas gegen die gesunde Seite gesteigerter Erregbarkeit (bezw. geringerer Stromstärke) zu Stande kommt, was zum Theil auch für die indirekte faradische .Erregbarkeit gilt, während die direkte galvanische Erregbarkeit der kranken Muskeln sicher und immer erhöht erscheint. Die *directe faradische* Erregbarkeit der erkrankten Muskeln war dabei entweder gleich oder eher etwas geringer als die der gesunden Seite. Indem ich, auf die oben gekennzeichnete Arbeit Stintzing's verweisend, es unterlasse, an diese meine eine Beobachtung Betrachtungen über die Zusammengehörigkeit und die Uebergänge der einzelnen Arten der Entartungsreaktion anzustellen und mit Erb meine, dass die beschriebene Form zwischen der partiellen und der vollständigen, seit lange bekannten Entartungsreaktion in der Mitte stehe, erlaube ich mir noch schliesslich an eine schon vor vielen Jahren von mir[9]) (vergl. hierüber Rosenthal und Bernhardt S. 247 und Erb (II. Aufl.) Elektroth. S. 232 u. 233) gemachte, aber anfänglich leider nicht richtig gedeutete Beobachtung zu erinnern, welche sich auf eine traumatische Ulnarislähmung bezog. — Hier war die *directe und indirecte faradische Erregbarkeit* des erkrankten Nervenmuskelgebiets erheblich gegen die Norm *herabgesetzt, die galvanische dagegen, sowohl bei directer, als auch bei indirecter Reizung deutlich erhöht.* Es gelang auch hier vom erkrankten Nerven aus ASz und AOz. zu erzielen, immer aber blieb bei indirecter Reizung KaSz $>$ oder höchstens $=$ ASz und ASz stets $>$ AOz; bei directer galvanischer Reizung erfolgten deutlich *träge* Zuckungen, wobei ASz $>$ KaSz. Ueber die Qualität (Trägheit oder Promptheit) der durch *indirekte* faradische oder galvanische Reizung erzielten Zuckungen in diesem Falle ist leider von mir nichts ausgesagt, auch habe ich bei der Länge der seither vergangenen Zeit keine deutliche Erinnerung mehr, um hierüber etwas bestimmtes behaupten zu dürfen; aber nicht unwahrscheinlich ist es mir, dass diese Beobachtung sich einer der neuerdings besser bekannt gewordenen Kategorien der Entartungsreaktion anschliesst und vielleicht mit der Kast'schen Beobtung zusammengebracht werden kann, mit dem Unterschied, dass die indirekte galvanische Erregbarkeit in jenem älteren von mir publicirten Fall deutlich eine *erhöhte* war.

Ich möchte schliesslich diesen kleinen Beitrag zur Kenntniss der „Modificationen der Entartungsreaktion“ nicht noch mit dem Ballast ausführlicher Literaturangaben beschweren und verweise daher den interessirten Leser auf folgende Werke und Arbeiten, in denen nach dieser Richtung hin allen Anforderungen Rechnung getragen ist:

1) W. Erb: Handbuch der Elektrotherapie II. Aufl. 1886. S. 222, 223, 233.

2) E. Remak: Elektrodiagnostik. Eulenburg's Real-Encyclop. Bd. VI. 1886. S. 75.

3) Rosenthal und Bernhardt: Elektricitätslehre für Mediciner und Elektrotherapie III. Aufl. 1884. S. 295, 296, 297.

4) H. v. Ziemssen: Die Elektricität in der Medicin. V. Aufl. 1887. S. 322—327.

Ausserdem seien genannt:

5) Erb: Ueber Modificationen der partiellen Entartungsreaktion etc. etc. Neurol. Centrbl. 1883 Nro. 8.

6) Kast: Zur Lehre von der „faradischen Entartungsreaktion“. Ebenda 1882 Nro. 17.

7) E. Remak: Ueber faradische Entartungsreaktion. Tagebl. der 59. Vers. deutscher Naturf. und Aerzte. Berlin 1886. S. 218.

8) R. Stintzing: Die Varietäten der Entartungsreaction etc. etc. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 40. 1886.

9) M. Bernhardt: Ueber einen bisher noch nicht beobachteten Verlauf einer peripherischen (traumatischen) Ulnarislähmung. Ebenda Bd. 17. 1876. S. 307.

II.

Die neurologische Section auf dem II. Congresso russischer Aerzte in Moskau 1887.

Von Dr. HINZE in St. Petersburg.

(Schluss.)

Sitzung vom 10./22. Januar.

183) **Roth:** *Zur Symptomatologie der centralen Gliomatose mit hyaliner Entartung der grauen Substanz des Rückenmarks.*

Vortr. zieht aus mehreren, von ihm beobachteten Fällen folgende Schlüsse:

Diese Krankheitsform bietet folgende wesentliche Symptome dar:

a) Sensibilitätsstörungen und namentlich *isolirte Thermanästhesie und isolirte Analgesie mit charakteristischer Localisation*, dabei Schmerzen und Parästhesien.

b) vasomotorische Störungen,

c) trophische Veränderungen, *Muskelatrophie*, Knochenbrüchigkeit, Oedeme, Infiltrate und Neigung zu Abscessbildung im Unterhautzellgewebe, *Panaritium*, Verdickungen der Epidermis, *Rhagaden* und verschiedene Exantheme,

d) verschiedene motorische Störungen,

e) verschiedene Folgeerscheinungen von Seiten des Gehirns.

Der Verlauf der Affection ist langsam, progressiv, aber ungleichmässig; zur Differentialdiagnose dienen besonders die thermische und die Schmerzanästhesie in ihrer charakteristischen Vertheilung am Körper. — Ein eingehendes klinisches und pathologisch-anatomisches Studium dieser Fälle verspricht viel Licht auf die Physiologie und Pathologie des Rückenmarks zu werfen und hat auch eine praktische Bedeutung.

184) **Schatalew:** *Zur Charakteristik des klinischen Bildes der Lähmungen nach acuten Infectionskrankheiten.*

Diese Lähmungen sind peripherer Natur und werden hauptsächlich durch Neuritiden bedingt, welche meistens multipel sind. Meist werden von den Lähmungen die peripheren Abschnitte der Extremitäten betroffen und leiden dabei Motilität, Sensibilität, die vasomotorischen und trophischen Nerven; das Rückenmark und das Gehirn werden in geringem Grade afficirt und verlaufen diese Lähmungen gewöhnlich günstig, aber langsam. Die Sehnenreflexe stehen weder mit den Stadien, noch mit den Graden der Lähmungen im Zusammenhange.

185) **Korssakow:** *Zur Frage über die Bedingungen zur Entwickelung der atrophischen „spinalen" Paralyse.*

Die atrophische, „spinale" Lähmung ist meistentheils aufsteigend und gehört zu den Formen, welche nach verschiedenen Vergiftungen, fieberhaften und fieberlosen Krankheiten auftreten; unter ihrem Bilde verläuft auch die multiple Neuritis und einige Arten der Myelitis. Das gleichzeitige Auftreten von peripheren und spinalen, zuweilen auch cerebralen Affectionen bei der Polyneuritis lässt auf das ganze Nervensystem betreffende Noxen schliessen, welche wegen der Aehnlichkeit der Symptome nach Vergiftungen, Infectionskrankheiten und anderen Ursachen gleichartig sein müssen. Diese Gleichartigkeit der einwirkenden Schädlichkeiten berechtigt zu dem Schlusse, dass die krankmachenden Agentien entweder die Constanz der Ernährung des Nervensystems erschüttern und zur Erschütterung führen, oder die Entstehung resp. Anhäufung irgend welcher schädlicher Stoffe begünstigen (Ptomaïne), welche unmittelbar auf das Nervensystem einwirken. Die Verschiedenheit in der Reihenfolge der Symptome von Seiten des Nervensystems in den verschiedenen Formen der atrophischen Spinallähmung wird durch den verschiedenen Grad der Widerstandsfähigkeit von Seiten der einzelnen Abschnitte des Nervensystems bedingt, was wiederum von der Intensität abhängt, mit welcher das eine oder das andere pathogene Agens auf die verschiedenen Theile des Nervensystems einwirkt.

186) **Protopopow:** *12 Fälle von idiopathischer multipler Neuritis, welche sowohl durch ihren Verlauf als auch durch ihr, auf eine eng begrenzte Localität (Fabrikhospital) beschränktes Auftreten auf eine endemische, infectiöse Ursache schliessen lassen.*

187) **Darschkewitsch:** *Die experimentelle Zerstörung der oberen Vierhügel bleibt ohne Einfluss auf die Irisbewegungen, während eine Läsion der Commissura posterior immer Störungen der Pupillenreaction hervorbringt.*

Vortr. fasst desshalb die hintere Commissur als Leitungsbahn für die Lichtreize zu den Kernen des Oculomotorius auf und hält die Ansicht Hensen's und Völcker's hinsichtlich des Iriscentrums für nicht richtig, es läge nicht am Boden des 3. Ventrikels, sondern weiter nach hinten. Die Pupilläräste endigen nach des Vortr. Ansicht in der glandula pinealis, aus welcher die, in den Oculomotoriuskernen mündenden Fasern der hinteren Commissur entspringen. — Dieser Ansicht wurde von Prof. Koshewnikow widersprochen, weil von klinischer Seite noch unbegründet.

188) **Trussewitsch:** *Ueber die Behandlung der Seekrankheit mit Nitroglycerin:*

Die Seekrankheit ist nach der Auseinandersetzung des Vortr. vasomotorischen Ursprungs, was er durch sphygmographische Curven illustrirt. Vortr. empfiehlt Nitroglycerin sehr.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung von 14. März 1887.

Von Dr. König in Dalldorf.

189) **Westphal:** *Ueber Ganglienzellengruppen im Niveau des Oculomotoriuskernes.*

W. fand bei der Untersuchung der Oculomotoriusgegend bei einem Manne, welcher an einer progressiven Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln litt, sodass auch nicht die geringste Bewegung der Augen mehr vorhanden war, den Oculomot.-Stamm in einem höchsten Grade der Atrophie, die atrophische Beschaffenheit setzte sich fort durch den Hirnschenkelfuss, das hintere Längsbündel bis zum Oculom.-Kerne hin. Der Oculomotorius selbst war stark atrophisch. Was nun aber dabei an einer Reihe von Präparaten (dieselben werden demonstrirt) auffiel, war, dass neben dem Oculomotoriuskerne Zellengruppen waren, die bisher nicht gesehen oder beschrieben worden sind. Sie sind ungemein reich an Ganglienzellen, die kleiner sind, als die des Oculomotoriuskernes. Bei stärkerer Vergrösserung sieht man, dass feinste Fäserchen von den Seiten des Oculomotoriuskernes nach diesen Zellengruppen hin abgehen. Aber, ob ein Zusammenhang zwischen beiden Zellengruppen besteht, ist nicht mit Sicherheit zu beweisen, es scheint allerdings so zu sein. Die Grösse dieser lateralen Zellengruppen variirt. Es fragte sich nun, ob hier etwas pathologisches vorliege. Das scheint nicht der Fall zu sein. Es zeigte sich denn auch an einer Serie von Schnitten, dass geradeso wie in diesen Präparaten unter normalen Verhältnissen auch solche Zellengruppen waren, auch beim Oculomotorius eines Kindes fanden sie sich. (Nach Untersuchungen von Siemerling.)

Was ist nun ihre Bedeutung? Sie können unmöglich an der Atrophie des Muskels betheiligt sein. Der Patient hatte Pupillenstarre; die Accomodation dagegen war intact; man könnte also vielleicht die

Ansicht vertheidigen, dass diese Zellengruppen für die Iris bestimmt seien, doch ist dies unwahrscheinlich.

Vorläufig lässt sich ihre Bedeutung nicht feststellen. Es liegen allerdings einige Beobachtungen vor, die schon von einem 2. Oculomotoriuskerne andeutungsweise sprechen, aber nicht beim Menschen. Dagegen hat 1881 Gudden auf der Naturforscherversammlung zu Salzburg als Thierbefund angegeben, dass jeder Oculomotorius 2 Kerne hat, einen ventralen und einen dorsalen, der mehr nach unten und hinten liege; er war der Ansicht, dass der linke dorsale mit dem rechten ventralen in Verbindung stände und umgekehrt.

In der Diskussion meint Hirschberg, nach den Versuchen von Hensen und Völkers könne man einen Zusammenhang zwischen diesen lateralen Gruppen und der Accomodation annehmen, worauf Westphal entgegnet, dass er zu diesen Versuchen, die zu widersprechenden Resultaten geführt hätten, kein rechtes Zutrauen habe.

190) **Joseph**: *Zur Physiologie der Spinalganglien.*

Vortr. berichtet über seine im hiesigen physiologischen Institute über die Function der Spinalganglien angestellten Untersuchungen. Es standen sich auf diesem Gebiete bisher zwei Ansichten gegenüber. Waller und nach ihm mehrere andere Beobachter, vor allem Cl. Bernard fanden, dass der sensible Nerv, solange er mit dem Spinalganglion in Verbindung bleibt, seine Integrität bewahrt, von demselben abgetrennt aber zu Grunde geht. Hiernach war der Schluss berechtigt, dass sich in den Ganglien trophische Centren für die sensiblen Nerven befinden. Vejas dagegen, welcher unter Gudden's Leitung arbeitete, neigte sich der Annahme zu, dass von den Spinalganglienzellen *unabhängige Fasern* entspringen, welche mit einer bisher *unbekannten* Function betraut sind.

Des Vortr. Versuche wurden an 3—6 Mon. alten Katzen angestellt, bei welchen der zweite Halsnerv theils zwischen Rückenmark und Ganglion, theils peripher von dem letzteren durchschnitten wurde. Die erhaltenen Resultate resumirt er folgendermassen: Nach der Durchschneidung der vorderen Wurzel degenerirt nur das periphere Stück, während das centrale normal bleibt. Wird der zweite Halsnerv peripher von seinem Ganglion durchschnitten, so degenerirt der periphere Nerv vollkommen, während in dem Spinalganglion und der hinteren Wurzel sich nur eine *partielle Degeneration* einstellt, das Gros der Nervenfasern und vor allem die Ganglienzellen selbst bleiben aber intact. Ebenso fand nach der Durchschneidung der hinteren Wurzel ausser der hochgradigen Degeneration des centralen dem Rückenmarke adhärirenden Stumpfes nur eine partielle Degeneration des Ganglions und des peripheren Nerven statt.

Die Schlussfolgerungen, welche sich aus diesen Experimenten ziehen lassen, sind folgende: 1) Für die motorischen Fasern befindet sich im Rückenmarke ein trophisches Centrum. 2) In dem Spinalganglion ist ein eigenes trophisches Centrum enthalten, welches im Stande ist, die Stoffwechselvorgänge in den sensiblen Nervenfasern selbstständig zu reguliren. Dagegen ergeben sich für die von Axmann

und Vejas aufgestellte Behauptung, dass sich in den Ganglien trophische Centren für periphere Organe (Haut, Schleimhäute etc.) befinden, keine Anhaltspunkte. 3) Vom Rückenmarke gehen eine Anzahl *direkter* Fasern ab, welche durch das Ganglion hindurchgehen, ohne mit den Zellen derselben in Verbindung zu treten, und sich dann der Peripherie zu wenden. Dieselben degeneriren in dem Ganglion und den peripheren Nerven nach centraler Durchschneidung, ebenso wie sie nach peripherer in dem Ganglion und der hinteren Wurzel zu Grunde gehen. 4) Jede Spinalganglienzelle hat ihre Verbindung mit dem Centrum wie mit der Peripherie.

191) Oppenheim: *Ueber einen Fall von chronischer progressiver Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund.*

O. hatte Gelegenheit, vom Februar 1885 bis zum September 1886 in der Nervenklinik der Charité einen Krankheitsfall zu beobachten, welcher durch exquisit *bulbäre* Symptome ausgezeichnet war, aber grosse diagnostische Schwierigkeiten bereitete, insofern als er sich nach seinen klinischen Erscheinungen keiner der bekannten Formen der Bulbärparalyse genau anpassen wollte. Die *Autopsie* und die genaueste mikroskopische Untersuchung der nervösen Apparate führten zu dem Ergebniss, dass der schweren tödtlich endigenden Erkrankung nachweisbare anatomische Veränderungen nicht zu Grunde lagen. — Das 29jährige Dienstmädchen P. J., aus gesunder Familie stammend, ist $^3/_4$ Jahre vor ihrer Aufnahme erkrankt mit *Schwäche* in den oberen wie in den unteren Extremitäten ohne Parästhesien und ohne wesentliche Schmerzen. Hiezu gesellte sich *Erschwerung der Sprache*, des *Schlingens* und des *Kauens*.

Bei der Aufnahme ergab die Untersuchung folgendes: Keinerlei psychische Anomalien, keine Symptome von Seiten der Augennerven. *Sprache* näselnd, langsam und stimmschwach. Bewegungen im Bereich der *Faciales* zwar durchweg erhalten, aber unvollkommen und kraftlos. Es zeigt sich das sowohl beim Lidschluss als besonders bei den Lippenbewegungen. Dem entspricht, dass sich Patientin beim Essen mit den Händen nachhelfen muss und die Speisen zwischen den Lippen herausfallen lässt. Oeffnen und Schliessen *der Kiefer kraftlos:* legt man einen Finger zwischen die Zahnreihen der Patientin und fordert sie auf, kräftig zu zubeissen, so fühlt man, dass der Finger nur schwach festgehalten wird. Der *Gaumensegel* hebt sich beim Phoniren nicht vollständig. *Schlucken* von festen Speisen erschwert, Flüssiges tritt häufig durch die Nase zurück. Die *Zunge* tritt gerade hervor, zittert fibrillös, die seitlichen Bewegungen sind eingeschränkt. Keine *Atrophie* im Bereich der geschwächten Muskeln, keine Veränderung der electrischen Erregbarkeit. *Sensibilität* im Gesicht wie am ganzen Körper für alle Reize erhalten. *Puls* ohne Anomalien. *Respirationsbeschwerden* werden von der Kranken hervorgehoben: Athemnoth und besonders Schwierigkeit der Expectoration. — Muskulatur der Extremitäten bietet *keine* Zeichen von *Atrophie*, gröbere Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, namentlich Entartungserscheinungen sind mit Bestimmtheit auszuschliessen; in einzelnen Muskeln, wie im Biceps und Deltoideus fallen die

Zuckungen etwas schwach aus, ohne dass man den Eindruck von etwas bestimmt Pathologischem erhält. *Keinerlei Muskelsteifigkeit.* Die *activen Bewegungen* sind zwar in allen Gelenken erhalten, aber überall gleichmässig kraftlos. Gang langsam, mühsam, aber nicht spastisch. *Sehnenphänomene* stark, aber kein Clonus. Veränderungen der *Sensibilität, Blasen- und Mastdarmstörung* fehlen vollständig.

Im weiteren Verlaufe Zunehmen aller Beschwerden ganz besonders aber der bulbären Lähmungserscheinungen. Die Sprache wird stark näselnd und durch Zunehmen der Articulationsstörung schliesslich fast unverständlich. Der Gaumensegel hebt sich nur minimal. Schlucken fester Speisen vollständig behindert, Flüssigkeit tritt durch die Nase zurück. Die Zunge kann nur wenig vorgestreckt werden, Seitwärtsbewegungen auf ein Minimum eingeschränkt. Die Schwäche in den Gesichtsmuskeln tritt deutlicher hervor, ohne dass es zu vollständiger Lähmung eines Muskels kommt. Die Athembeschwerden steigern sich und es kommt zu Anfällen von *Dyspnoe* und *Temperatursteigerung*, die gewöhnlich nur kurze Zeit anhält. Die Schwäche in den Extremitäten erfährt eine merkliche Zunahme. Vorübergehend klagt Pat. über Schmerzen im Gesicht, in den Extremitäten und im Thorax, doch treten diese Symptome bald wieder zurück. Bis in die letzte Zeit werden leichte Remissionen beobachtet, indem die subjectiven Beschwerden sich mildern und die Lähmungssymptome auch objectiv etwas zurücktreten. — Am 30. August 1886 wurde O. Nachts zur Pat. gerufen, welche in schwerer *Dyspnoe* dalag und sich vergebens zu *expectoriren* bemühte. Temperatur 39.2⁰, Puls 108. Am anderen Tage *Verschlimmerung*, Zunahme aller bulbären Symptome. Tags darauf R. H. U. Dämpfung, klingendes Rasseln — exitus letalis am 1. Septbr. — Es handelt sich also um eine Erkrankung des Nervensystems, die langsam entstanden, einen chronisch-progressiven Verlauf nahm und unter geringen Remissionen nach circa $2^1/_2$ jähriger Dauer tödtlich endete. Symptomatologisch stellte sich die Krankheit dar als eine *Glossopharyngo-Labialparalyse* ohne Muskelatrophie mit gleichzeitiger Betheiligung der Extremitäten, hatte also mit der *amyotrophischen Lateralsklerose* alle Lähmungserscheinungen gemeinsam, unterschied sich aber durchaus von ihr durch das vollständige Fehlen der Muskel-Atrophie und der Muskelsteifigkeit. Die *anatomische Deutung* machte grosse Schwierigkeiten, O. hatte aber doch die Vorstellung, dass chronisch-entzündliche Veränderungen in der Oblongata ohne wesentliche Betheiligung der Kerne das anatomische Substrat bilden möchten. Die *Autopsie* zeigte makroskopisch an den nervösen Organen keinerlei Veränderung, nirgends eine Herderkrankung oder auch nur eine verdächtige Verfärbung, keine Spur von Arteriosklerose und dergl. Einer genaueren *mikroscopischen* Untersuchung in Serienschnitten wurden die *Oblongata-, Pons-* und *Hirnschenkelgegend* unterzogen, ebenso jeder der *Hirnnerven* mit Ausnahme des Olfactorius und Opticus auf Querschnitten untersucht. Pons und Oblongata zeigten sich in jeder Hinsicht *normal*, die *Nervenkerne* sehr schön entwickelt, ebenso die intermedullären Faserzüge der Hirnnerven. Dasselbe gilt

für's *Rückenmark* und seine *Wurzeln*. Einen zunächst auffälligen Befund bot nur die *Facialis*-Wurzel, kurz nach dem Austritt aus dem verlängerten Mark. Zwischen den normalen Querschnitten der markhaltigen Nervenfasern sieht man nämlich kleinere und grössere runde, scharf abgegrenzte *Plaques*, die jedenfalls nicht aus markhaltigem Nervengewebe bestehen, sondern sich intensiv färben und wie ein ganz fremdartiges Produkt im Nerven erscheinen. Dieser Befund hatte etwas sehr Frappantes. Kurz vorher hatte Thomsen eine herdförmige Neuritis in Augennerven der Alcoholisten beschrieben und bei dem Vergleich der Präparate war die Aehnlichkeit eine evidente. „Es schien nun aber geboten, die Hirnnervenwurzeln, namentlich die des Facialis und der Augenmuskelnerven bei einer Anzahl normaler Individuen zu untersuchen. — *Die geschilderten Herde fanden sich so konstant, dass sie wenigstens im Facialis als ein pathologischer Befund nicht betrachtet werden können.* Nur einzelne Nerven wurden in ihrer *peripherischen* Ausbreitung untersucht und es fand sich weder in diesen noch in den Muskeln, welche zur Untersuchung kamen (Zungenmuskel, Biceps) eine gröbere Veränderung.

Das *Gesammtergebniss* der anatomischen Untersuchung war demnach ein *negatives*: *eine schwere progressiv verlaufende Erkrankung des Nervensystems mit ausschliesslicher Betheiligung der motorischen Sphäre und vorwiegend bulbären Symptomen ohne nachweisbar anatomische Grundlagen.*

So überraschend dieses Resultat auch ist, finden sich in der Literatur vereinzelte Beobachtungen, die mit der hier mitgetheilten verwandt sind. Vor allem sind es die von Westphal mitgetheilten Fälle über eine dem Bilde der cerebro-spinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des Nervensystems ohne anatomischen Befund. Es sind diese Beobachtungen jedoch von der vorstehenden dadurch verschieden, dass in den Westphal'schen Fällen schwere psychische Störungen hervortreten, vollständige an Heilung grenzende Remissionen beobachtet wurden —, endlich handelte es sich doch um ein buntes, mannichfaltiges Symptomenbild, hier um einen ziemlich scharf umschriebenen Symptomenkreis. Weniger bekannt dürfte es sein, dass Wilks i. J. 1877 einen Fall von Bulbärparalyse mittheilte, in welchem er wenigstens die Medulla oblongata — von anderen Partien der nervösen Organe ist überhaupt nicht die Rede — ohne bemerkenswerthe Veränderungen fand. Leider sind aber die Angaben über die klinischen Erscheinungen sowohl wie über die anatomische Untersuchung allzuknapp gehalten, um diesen gewiss sehr bemerkenswerthen Fall genügend würdigen zu können. —

Es haben sich in den letzten Jahren die Beobachtungen gemehrt, in denen acute und chronische Erkrankungen des Nervensystems, auch solche mit localisirten Lähmungserscheinungen und tödtlichem Verlauf keine nachweisbare Alteration der nervösen Organe darboten. Wenn man von der Landry'schen *Paralyse* absieht, auf die vielleicht die jüngsten Beobachtungen von Curschmann einiges Licht zu werfen im Stande sein möchten, so ist doch zu erinnern, an die *acute tödt-*

liche Hysterie Meyer's, an den Levy'schen, den Thomsen'schen Fall, die merkwürdige Beobachtung von Bristow, die von Wilks und an die Westphal'sche Neurose. Nichts wäre wohl irriger als solche Fälle, die sich durch localisirte Lähmungserscheinungen auszeichnen und zum Theil selbst ohne jegliche Betheiligung der Psyche progressiv und tödlich verlaufen, der Hysterie einzureihen. Man muss sich vorläufig begnügen, die Thatsache festzustellen, *dass es acute und chronische Erkrankungen des Nervensystems gibt, die unter Symptomenbildern verlaufen, welche diese oder jene organische Erkrankung des centralen Nervensytsems vermuthen lassen, ohne dass sie, soweit unsere Untersuchungsmethoden bis jetzt reichen, durch eine anatomische Alteration ausgezeichnet sind.*

Bernhardt frägt, ob in diesem Falle die Gebiete des Grosshirnes untersucht worden seien, welche bei der Pseudobulbärparalyse affizirt gefunden sind?

Oppenheim: Es fehlten alle Symptome einer Pseudobulbärparalyse: die apoplectische Entstehung, die Betheiligung der Psyche, des Sensoriums etc. Auch fehlte die Grundlage für jene Krankheitsform durchaus, nämlich die Erkrankung der Arterien oder des Herzens. Man hätte das ganze Grosshirn mikroskopisch untersuchen müssen und hiefür lag durchaus kein Grund vor.

192) **Siemerling** berichtet über einen Fall von *Herderkrankung im Grosshirn*, bei welchem erst die microscopische Untersuchung des Gehirns eine Erklärung für die intra vitam in Erscheinung getretenen Symptome gab.

Eine 64 jährige, bis dahin gesunde Frau erlitt in Folge eines apoplectiformen Insults eine rechtsseitige Lähmung (obere und untere Extremität, erstere stärker befallen); zugleich stellte sich eine aphasische Sprachstörung gemischter Natur ein. Lähmung und Aphasie blieben mehrere Monate mit leichten Remissionen bestehen. Am Ende der Krankheit gesellte sich noch eine rechtsseitige Facialisparese hinzu. Wiederholt traten bei der Patientin schwere epileptiforme Anfälle auf mit getrübtem Bewusstsein, welche sich durch klonische Zukkungen auf der gelähmten Körperseite characterisirten. Vom rechten Facialisgebiet strahlten die Zuckungen auf den linken Facialis aus, beschränkten sich im Uebrigen auf die rechte Körperseite. Daneben wurden Tage lang klonische rythmische Zuckungen zuerst in der rechten oberen Extremität dann in der rechtsseitigen Bauchmuskulatur beobachtet.

In einem epileptiformen Anfalle ging die Kranke zu Grunde. Die Section ergab ein atrophisches Herz, keine Nierenerkrankung. Im Gehirn fand sich ausser Atheromatose der Gefässe an der Basis und einem linsengrossen alten Erweichungsherd am Kopf des linken Streifenhügels ein frischer, gelber Erweichungsherd im linken Occipitallappen, Rinde und Mark dieser Gegend bis zum Hinterhorn des Seitenventrikels durchsetzend. Macroscopisch waren sonst keine Veränderungen nachzuweisen. Die microscopische Untersuchung an Frontal-

schnitten des gehärteten Hirnes ergab an zahlreichen Stellen der linken Hemisphäre in der Rinde und im Marklager Körperchenzellenherde von verschiedener Grösse. Solche Degenerationsherde fanden sich im Schläfenlappen, in der vorderen Centralwindung und in der 3. Stirnwindung.

Wenngleich es nicht möglich erscheint durch den Nachweis dieser Herde eine genaue Localisation der dadurch gesetzten Störungen vorzunehmen, so finden doch die klinischen Symptome im Vorhandensein dieser degenerirten Stellen eine Erklärung.

III. Referate und Kritiken.

193) **C. Beevor:** On Prof. Hamilton's theory concerning the corpus callosum. (Ueber Prof. H.'s Theorie hinsichtlich des C. c.)

(Brain April 1886.)

Hamilton hält das Corp. callos. nicht für eine Commissur sondern für eine Faserkreuzung (vergl. Ref. 1885 S. 526). Beevor weist in seiner Arbeit, der gute Zeichnungen beigeben sind, nach, dass sich keine Faserzüge vom Balken aus nach der äusseren oder inneren Kapsel begeben. Der Vergleich mit dem Befund bei anderen Säugethieren mache Hamilton's Theorie unhaltbar, denn je tiefer das Thier stehe, desto mehr nehme die vordere Commissur an Grösse zu, das corp. callos. ab, beim Känguru z. B. ist es ganz unmöglich, dass das winzige corp. callos. der Weg sei, auf dem die Kreuzung der von der inneren Kapsel kommenden Fasern vor sich gehe.

Matusch (Sachsenberg).

---

194) **Howard H. Tooth:** A contribution to the topographical anatomy of the spinal cord. (Beitrag zur topographischen Anatomie des Rückenmarkes. (St. Bartholomew's Hospital reports Bd. 21.)

Das Rückenmark eines 20 Wochen nach erlittener Fractur der 5. und 6. Dorsalwirbel gestorbenen Mannes wies neben aufsteigender Degeneration der Goll'schen Stränge, sowie der directen Kleinhirnstränge, Degeneration eines Theiles der vorderen gemischten Region beiderseits auf, die im Beginn des Auftretens (in der Höhe des ersten und zweiten Dorsalnerven) eine schmale Randzone der gem. Region einnahm und ein Bestandtheil des degenerirten directen Kleinhirnstranges zu sein schien. Später, in der Höhe der 7. und 8. Cervicalwurzeln trennte sich die degenerirte Partie vom dir. Kleinhirnstrang, verschmolz aber wieder mit ihm in der Höhe der 1. Wurzeln. Unterhalb der Läsion fand sich absteigende Degeneration der gekreuzten Pyramidenbahnen, die Vorderstränge zeigten dagegen keine Entartungen, was die Beobachtung bestätigt, dass die directen Pyramidenbahnen nicht über die Mitte des Dorsaltheiles hinabsteigen. Aus dem Befunde in der gemischten Region, der den von Bouchard, Gowers, Westphal, u. A. beobachteten Fällen zur Seite zu stellen

ist, entnimmt Verf., dass es sich um eine vom dir. Kleinhirnstrang getrennte Bahn handelt, die bisher mit Unrecht zu diesem Strange gezogen sei. Vermuthlich diene sie der Schmerzempfindung. Aus der Krankheitsgeschichte ist hervorzuheben, dass unmittelbar nach dem Sturze alle oberflächlichen und tiefen Reflexe unterhalb der Läsion geschwunden waren. Matusch (Sachsenberg).

---

195) **Victor Horsley:** On the relation between the posterior columns of the spinal cord and the excitomotor area of the cortex, with special reference to Prof. Schiff's views on the subject. (Die Beziehung der Hinterstränge des Rückenmarks zu der excitomorischen Area des Gehirnes, mit besonderer Berücksichtigung der Ansichten Schiff's hierüber.) (Brain April 1886.)

196) **Mor. Schiff:** On the excitable area of the cortex and its relations to the columns of the spinal cord. A reply to Prof. Horsley. (Ueber die excitable Area der Rinde und ihre Beziehungen zu den Hintersträngen.) (Brain October 1886.)

197) **Victor Horsley:** Erwiederung hierauf (ibidem). Seine in Horsley's erster Arbeit angefochtenen Ansichten entwickelt Schiff noch einmal in seiner vorliegenden Entgegnung. Nach Exstirpation des motorischen Rindenfeldes beim Hunde ist auf der gegenüberliegenden Seite Tast- und Kälteempfindung erloschen und als Folge dieser Anästhesie zeigt sich eine Indifferenz des Thieres gegen die Lage der dem Herde entgegengesetzten Glieder und zwar am deutlichsten in der Ruhe. Dies spricht gegen die Annahme einer Abschwächung des Innervationsreizes. Manifestirt sich nach der Operation dauernder Ausfall gewisser intendirter Bewegungen eines Beines, so ist nicht die Rinde allein, die Schiff nur als eine *Bahn* für tactile und thermische Reize hält, sondern das Centrum für diese Empfindungen zerstört. Auf den Sitz dieses Centrums erlaubt die Ausdehnung des Herdes keinen Schluss. Eine eigentliche Muskellähmung tritt indessen als Folge der Exstirpation nicht ein. Das Centrum für die Muskelinnervation ist an anderer — unbekannter — Stelle gelegen. „Die Excitable Area ist nur ein sensorisches Centrum, wenn nicht nur der centralste Theil sensibler Leitungsbahnen.“ Die gleiche Wirkung wird erzielt, wenn in bestimmter Weise einem Hunde die Hinterstränge einer Seite durchschnitten werden, denn vom 5. Tage nach der Operation verliert die excitable Zone der anderen Seite ihren Einfluss auf alle hinter der Operationsstelle gelegenen Körpertheile.

Horsley hat diese Experimente wiederholt. Er hält die eintretende Bewegungsstörung nicht für „Ataxie“ wie Schiff betont, sondern für Folge der Unterbrechung der (motorischen) Leitung durch die Operation. Es sei unmöglich, die Hinterstränge zu theilen, ohne Verletzungen des gleichseitigen Seitenstranges oder Vorderstranges durch das Messer oder die Blutung und spätere Entzündung zu setzen. In jedem Falle, in dem die von Schiff urgirten Symptome deutlich waren, hatte die Section Degeneration des Seitenstranges, speziell der gekreuzten Pyramidenbahnen und des directen Kleinhirnstranges neben

der der Hinterstränge ergeben, die Reizung des Rindenfeldes hätte indess Contractionen gewisser vor der Läsion gelegenen Muskelgruppen erzeugt. Die Unempfindlichkeit des Rindenfeldes gegenüber der Operationsstelle zeigte sich erst bei starken Strömen augenscheinlich. — Hiergegen macht Schiff geltend, dass sich bei seinen Versuchen die Degeneration nur auf den durchschnittenen Hinterstrang erstreckte, dass Horsley's Resultate einerseits auf mangelhafter Operationsmethode beruhten, andrerseits durch Anwendung des *Inductionsstromes* gefälscht wurden. Man bedürfe *starke* Inductionsströme, um überhaupt Zuckung auszulösen und sei nie sicher, dass die hierbei entstehenden ausgedehnten Stromschleifen nicht tiefere Gehirnpartbien und andere Centren treffen. Die Seitenstränge könne er nicht als motorische Bahnen ansehen, da ihre Durchschneidung, wie er früher dargethan habe, bei Hunden weder die allgemeinen noch die intendirten Bewegungen aufhebt. Durchschneidung der Seiten- *und* Hinterstränge habe dieselben Folgen wie Trennung der Hinterstränge allein. Die gekreuzten Pyramidenbahnen hätten zwar ihr nutritives Centrum in der Nähe oder in der excitablen Area, eine functionelle Beziehung zu ihr bestehe dagegen nicht. Die Angabe Horsley's, dass Tast- und Kälteempfindung nach der Operation nicht geschwunden sei, müsse er fehlerhafter Beobachtung zuschreiben. In seiner Entgegnung hält Horsley an seinen Schlüssen fest, seine Operations- und Untersuchungsmethoden seien im Wesentlichen die Schiff's und was die Function der Seitenstränge anlange, so habe Schiff sie in seinen früheren Arbeiten zwar nicht motorisch, aber, „kinesodisch" genannt und ihnen die „Executive", den Hintersträngen die „Legislative" zuerkannt.

Matusch (Sachsenberg).

---

198) **W. Dudley**: Case in which a lesion of one Hemisphere of the cerebellum was associated with degeneration of the olivary body of the opposite side. (Fall von Läsion einer Kleinhirnhemisphäre verbunden mit Degeneration der entgegengesetzten Olive.)

(The journ. of ment. science July 1886.)

Die Erweichung nahm etwa die Mitte der linken Kleinhirnhemisphäre ein, die rechte Olive erschien gelatinös, fest und ihre Zeichnung fast unerkenntlich. Microscopisch fanden sich die gewöhnlichen Veränderungen der Atrophie. Ausserdem waren zahlreiche kleine Erweichungsherde im Grosshirn vorhanden. Die im Leben beobachtete Articulationsstörung bezieht Verf. nach Schröder v. d. Kolk auf die Degeneration der Olive.

Matusch (Sachsenberg).

---

199) **James Ross**: On a case of locomotor ataxia with laryngeal crises and one of primary sclerosis of the columns of Goll, complicated with ophthalmoplegia externa. (Tabes mit Laryngealcrisen und primäre Sclerose der Goll'schen Stränge zugleich mit Ophthalmoplegia externa.) (Brain, April 1886.)

Der Kranke des ersten Falles hatte 1870 Syphilis acquirirt,

gegen die er eine mehrmonatliche Kur gebrauchte. 2 Jahre später verheirathete er sich. Die Frau abortirte einmal, hatte drei todtgeborene, vier lebende Kinder, in den ersten Jahren der Ehe hatte sie einen verdächtigen Hautausschlag. Patient erkrankte drei Jahre vor der Aufnahme an häufig wiederkehrenden Anfällen von Magenschmerz und Erbrechen. Zugleich trat Doppelsehen auf, später constantes Schielen. Nach etwa einem Jahre begann Sehnervenatrophie und die Inspiration nahm einen krähenden Ton an. Zuweilen schwere Athemnoth. Erloschensein des Kniephänomens, Gürtelgefühl, Ataxie aller Extremitäten, Herabsetzung der Sensibiltät. Cardialgie und Laryngealkrisen bestanden bis zum Tode, der an Cystitis und Marasmus erfolgte. Die Degeneration der Hinterstränge erstreckte sich bis in ihre bulbären Endigungen. Ausserdem zeigte sich der fasciculus rotundus um die aufsteigende und absteigende Wurzel des Quintus entartet. In der Affection der letzteren Wurzel liegt wie Verf. ausführt, das Interessante des Falles. Da sie durchsetzt wird von Fasern, die die vorderen Vierhügel mit den Kernen des III. und IV. Nerven verbinden, schlägt die Erkrankung der absteigenden Quintuswurzeln die Brücke zu den atrophischen Vorgängen, die den frühzeitigen Oculomotionsstörungen zu Grunde liegen. Die absteigende Wurzel entspricht in Structur und Function der aufsteigenden Quintuswurzel, diese dem Burdach'schen Strang.

Im zweiten Falle deuteten Augenmuskellähmung, Fehlen des Kniephänomens und leichte Sensibititätsstörungen auf Tabes, indessen erwies sich die Degeneration auf die Goll'schen Stränge beschränkt mit Ausnahme des Sacral- und oberen Brusttheiles des Rückenmarkes, wo sie in jeder Hälfte sichelförmig von der fiss. post. zu den Wurzeln reichte. Im oberen Brust- und im Halsmark war die Begrenzung auf die Goll'schen Stränge scharf. Der Fascic. rotund. war schwach sclerosirt. Die im ersten Falle degenerirten Faserzüge der Quintuswurzeln etc. waren dagegen normal. Da bei dem Kranken volle Reactionsfähigkeit der Pupillen vorhanden war, erklärt R. auch den negativen Beweis seiner oben dargelegten Ansicht für erbracht. Vermuthlich handelt es sich hier um frühzeitigen Befund bei Tabes. Der Pat. starb plötzlich unter Convulsionen, die bei völligem Wohlbefinden eintraten. Die Ursache derselben liess sich nach dem anatomischen Befunde nicht feststellen. Blasenstörungen hatten nicht bestanden.

Matusch (Sachsenberg).

---

200) **J. Wiglesworth:** A case of cortical paralysis. (Fall von corticaler Lähmung.) (Brain. April 1886.)

Bei einer Frau, die an syphilitischer Knochenerkrankung des Schädels litt, stellten sich Convulsionen ein, die mit Drehen der Augen nach rechts und Zuckungen des rechten Armes begannen und mit Zucken des linken Armes endeten. Kurz vorher war Pulsation in der Tiefe eines durch Abstossen von Knochenstücken gebildeten Defects in der Gegend des linken oberen vorderen Seitenwandbeinwinkels bemerkt worden. Nach dem Anfalle rechtsseitige Hemiparese. Bei der

Section fand sich das obere Ende der linken hinteren Centralwindung eingesunken und von grünlichem Eiter durchbrochen, der aus einer taubeneigrossen Höhle im Centrum ovale floss. Ausserdem Thrombose der sinus transversi und ein zweiter kleinerer Abscess im linken gyr. angular. sowie einige zerstreute oberflächliche Rindenerweichungen.

Matusch (Sachsenberg).

201) **R. Davy**: Case of injury to skull — trephining for epileptiform attacks — removal of dead bone — death. With a note by Hughues Bennet. (Schädelverletzung – Trepanirung wegen epileptischer Anfälle — Entfernung nekrotischer Knochenstücke – Tod. Mit einer Bemerkung von H. Bennet.) (Brain. April 1886.)

Folgen der Schädelverletzung über dem linken Seitenwandbeine war rechtsseitige Hemiparese und Taubheitsgefühl in den betroffenen Gliedern. Nach 14 Tagen mehrere Anfälle von allgemeinen, aber rechterseite stärkeren Convulsionen. Zwei Tage nach der Operation epileptiforme Anfälle, dann Besserung der Parese und Ausbleiben der Anfälle, 14 Tage nach der Operation Tod an Pneumonie. Im oberen Theile der linken hinteren Centralwindung war die graue Substanz der Rinde in der Grösse eines 10 Pfg. Stückes zerstört.

Matusch (Sachsenberg).

202) **Frey** (Baden-Baden): Aneurysma als Ursache von Intercostalneuralgie. (Aerztl. Mitth. aus Baden. 1887. 3.)

Ausführliche Schilderung eines Falles von linkss. Intercostalneuralgie, bei dem die Section ein grosses Aneurysma der Aorta thoracica nachwies. Daran werden noch 2 weitere Fälle gereiht, bei denen wohl Schmerzen im linken Arm und Reifschmerzen um die Brust vorhanden waren, die aber als Intercostalneuralgien nicht aufgefasst wurden; in beiden wurde ein Aortenaneurysma nachgewiesen (1 mal durch die Section, 1 mal auscultatorisch). Verf. stellt folgende therapeutische wichtige Sätze auf:

1. Zweifelhaft auf ihren rein nervösen Character sind Neuralgien im Bereiche der oberen Extremitäten und des Rumpfes, die bei nicht nervös disponirten, kräftig gebauten Männern eintreten, die sich früher bei reichlichem Trinken starken Leibesübungen hingegeben haben.

2. Sind solche Neuralgien sehr hartnäckig, weichen sie keinem Mittel vollständig, sind die bei Bewegung oder bei reichlicher Aufnahme von geistigen Getränken eintretenden Paroxysmen besonders heftig und gehen sie bei Ruhe bald wieder vorüber, so ist, selbst wenn die genaueste objective Untersuchung des Gefässsystems keine Anhaltspunkte für aneurysmatische Erweiterungen giebt, die Annahme eines Aneurysma mehr als gerechtfertigt. Schwitzcuren sind in solchen Fällen direct contraidicirt.

Erlenmeyer.

203) **Charcot** (Paris): Sclérose en plaques. (Herdsklerose.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 2.)

Vorstehende Nervenaffection, Paralysis agitans und seniler Tremor haben das mit einander gemein, dass die diese Krankheitszustände

begleitenden Zitterbewegungen sich nach Ausweis des Marey'schen Apparats auf 4—5 in der Secunde beziffern, während die von Hysterie abhängigen in derselben Zeit die Zahl 5—7 erreichen. Wo Alcoholismus, Mercuralismus, Morphiomanie, allgemeine progressive Paralyse und besonders Morbus Basedowii den oscillatorischen Muskelcontractionen zu Grunde liegen da steigt die Zahl auf 7—9 in der Secunde.

Dieselben unterscheiden sich, wenn sie der Sclerose en plaques ihre Entstehung verdanken, dadurch von denjenigen, welche das Greisenalter bedingt, dass diese im Gegensatz zu jenen continuirlich und frei von Nystagmus und Sprachfehlern sind.

Pauli (Köln).

---

204) **M. Semmola** (Neapel): **Ueber die paralytische Herzataxie bulbären Ursprungs.** (Prager medicinische Wochenschrift. XII. Jahrgang, 1887 Nro. 9.)

Unter diesem Namen hat Prof. Semmola eine von Veränderungen der gangliären und bulbären Herzcentren abhängige Krankheit geschildert, welche die den organischen Läsionen des Herzens eigenthümlichen Störungen aufweist, obgleich sowohl während des Lebens als auch bei der Autopsie durchaus keine primäre Alteration weder im Endocardium noch im Myocardium wahrzunehmen ist. Als Hauptursachen der in Rede stehenden Krankheit sind nach Prof. Semmola die Gemüthsbewegungen (wiederholtes Erschrecken insbesondere) und die Excesse anzusprechen. Die Krankheit tritt relativ am häufigsten zwischen dem 45. und 50. Jahre auf.

Die von Prof. Semmola nachgewiesenen anatomischen Störungen bestehen in einer Verfettung der Herzganglien und in einer mit Pigment Degeneration einhergehender Atrophie der bulbären Vaguskerne und der vasomotorischen Kerne. Die manchmal vorkommende Verfettung des Herzmuskels will Prof. Sommola nur als eine in Folge der nervösen Erschöpfung darniederliegende Ernährung der Herzgewebe erklärt wissen.

Die Anfangsschritte dieser Krankheit äussern sich durch vorübergehendes, doch häufig sich wiederholendes Beklemmungsgefühl und durch mehr oder minder anhaltende Beschleunigung der Pulsschläge. Bestehen die diesen Symptomen zu Grunde liegenden Ursachen fort, so kommt noch wiederkehrende Arhythmie hinzu. Die der Entwickelung der nervösen Herzstörungen vorausgehenden dyspeptischen Symptome, welche doch manchmal bis zum Ende der Krankheit fortdauern, beweisen zur Genüge, dass dieselben nur als Ausdruck der dahinsiechenden Thätigkeit des Vagus und des Sympathicus aufzufassen sind.

Wenn die bulbären Veränderungen, welche diese Initialsymptome verursachen, das Anfangsstadium noch nicht überschritten haben, so liegt die Hoffnung nahe, dass die oben angedeuteten Symptome über kurz oder lang besiegt werden können, und dass die Herzthätigkeit wieder in normalen Gang zu bringen ist. Schreiten dagegen die bulbären Störungen unaufhaltsam fort, dann muss man auf eine Ver-

schlimmerung des pathologischen, durch kein Mittel mehr besiegbaren Processes gefasst sein.

Aus dem Mitgetheilten erhellt ganz klar, dass das klinische Bild dieser Krankheit die Wirkung der gestörten Herzinnervation und die Symptome der vasomotorischen und peripheren Paralyse darbietet. In der That, was diese paralytische Herzataxie von bulbärem Ursprung kennzeichnet, ist das Hervortreten von marmorirten, veilchenblaufarbigen Flecken an den Händen und den Vorderarmen, insbesondere aber auf der Höhe der Gelenke während eines Stadiums, wo venöse Stauungen, durch unausgeglichene Klappenfehler hervorgebracht, noch nicht vorhanden sind.

Hervorzuheben ist noch, dass während derselben Periode, d. h. wenn noch keine Spur irgend einer venösen Stauung weder in der Leber noch anderswo nachzuweisen ist, eine passive Lungencongestion eintritt. Selbstverständlich werden diese Lungencongestionen von neuroparalytischem Ursprunge, d. h. von centralen Störungen des Vagus und der vasomotorischen Bulbärcentren hervorgebracht.

Die Diagnose gründet sich auf die eben erwähnten Symptome, unter welchen die grösste Bedeutung sowohl den angedeuteten marmorirten Flecken, als auch der mit keinen Stauungsstörungen einhergehenden Lungencongestion einzuräumen ist. Werthvolle diagnostische Anhaltspunkte bieten auch die genaue Erkenntniss der das Symptomenbild verursachenden Causalmomente und die Verlaufsweise der Erkrankung. Nicht zu bezweifeln ist es jedoch, dass die Diagnose auf mannigfache Schwierigkeiten stossen kann; die Erscheinungen können denen der Ueberanstrengung des Herzens aufs täuschendste ähnlich sein und in der That ist den besten Beobachtern eine Verwechselung beider Krankheiten ab und zu unterlaufen.

Bei den Initialperioden der Krankheit fällt die Prognose nicht ungünstig aus. Sind aber die Veränderungen der bulbären Herzcentren weit vorgerückt, so ist der Kranke rettungslos dem Tode verfallen.

Chininsalze und Digitalis leisten oft Erpriessliches, und ist man noch im Stande, die krankmachenden Ursachen zu beseitigen; hat die Erkrankung noch keine besorgnisserregende Höhe erreicht, dann lässt sich die Herzthätigkeit wieder in Ordnung bringen, weil dem Bulbus eine grosse Widerstandskraft innewohnt. Ist aber seit den ersten Anfängen der Herzsymptome eine geraume Zeit verflossen, sind periphere Stauungen von neuroparalytischem Ursprung schon eingetreten, dann hat die Therapie nur grosse Mühe für wenigen Lohn, denn es lässt sich nichts Anderes erzielen als die Circulationsthätigkeit nur *vorübergehend* ins Gleichgewicht zu bringen. Die schon im Verlöschen begriffene Circulations- und Respirationsthätigkeit geht rasch und ungehindert dem endgiltigen Stillstande entgegen.

Nicht unerwähnt darf doch bleiben, dass sich die Wirksamkeit des Digitalins nicht auf die Dauer bewährt, denn es wird binnen kurzem dem Kranken unerträglich, so dass die Verabreichung des Mittels zeitweise ausgesetzt werden muss.

Die Behandlung durch Phosphor, Strychnin und den constanten Strom hat keine Besserung erzielt. Beide erstgenannten Mittel haben sogar auffällige Verschlimmerung der Symptome hervorgebracht aus dem Grunde, weil Phosphor die Verfettung begünstigt und das Strychnin seine Wirkung auf anderweitige Nervengebiete entfaltet, was unberechenbare Störung hervorbringen kann.

Was die Diätetik anbelangt, so ist Prof. Semmola auf Grund seiner Beobachtungen, zum Ergebniss gelangt, dass, wenn die functionellen Störungen des Herzens bis zur unausgeglichenen Insufficienz gesteigert sind, man eine zu reizende Diätetik deshalb nicht anrathen darf, weil die Circulatiosstörungen hierdurch eine bedenkliche Höhe erreichen können und die nutzbringende Wirkung des Digitalins verloren geht. In diesem Stadium der Krankeit ist eine Milchdiät im allerstrengsten Sinne des Wortes unerlässlich, und erst wenn die Herzthätigkeit sich wieder erholt hat, kann man mit der grössten Vorsicht zu einer kräftigeren Nahrung (Eier, Fleisch) übergehen.

---

205) **Hedinger:** Krankenbericht der Heilanstalt für Ohrenkranke in Stuttgart von 1883—1885 und Mittheilungen über die Fortschritte der Ohrenheilkunde in den letzten Jahren. Neurosen.

(Württemberg. Medic. Correspondens-Blatt Bd. LVII 1887 Nro. 7.)

Von Neuralgien, die in grosser Anzahl zur Behandlung kamen, waren es hauptsächlich *Neuralgien des Plexus tympanicus* entweder einfach im Verlaufe von Mittelohrkatarrh, die durch die Behandlung des Grundleidens von selbst schwanden oder wirkliche *primäre Neuralgien*, die durch subcutane Einspritzungen von Atropin (eine Einspritzung) oder Morphium (gewöhnlich mehrere) oder durch den constantan Strom geheilt wurden (letzteres einmal in einer Sitzung nach langen homöopathischen Verordnungen). Oder es war die Neuralgia tympanica complicirt mit Neuralgia occipitalis oder frontalis; dann war der constante Strom das sicherste Mittel.

Eine Neuralgia trigemini und occipitalis hatten reflectorisches Sausen im Gefolge, welches sofort dem constanten Strom wich.

Eine sehr interessante *Neuralgia tympanica*, infraorbitalis und supraorbitalis, welche durch den constanten Strom in einer Universitätsklinik, durch Seebäder, Alpenluft, Chinin und Arsen umsonst behandelt wurde, wich der länger fortgesetzten Anwendung der *Tinctura Eucalypti*. Es war eine Art Febris intermittens larvata. Nach 2 Jahren kehrte sie geschwächt wieder nach wiederholter miasmatischer Infection und wurde abermals durch das gleiche Mittel gehoben.

Sehr interessant waren 2 Fälle von *Occipitalneuralgie;* die eine nach geheilter Mittelohreiterung, die andere im Verlaufe von Mittelohreiterung mit solch heftigen Schmerzen, dass von Seiten der Angehörigen, wie des behandelnden Arztes Eiter im Gehirn, Geistesstörung und alles Mögliche und Unmögliche befürchtet wurde. Beide gingen in Heilung aus, der eine dankte dies dem constaten Strom.

A. W., 30 Jahre alt, litt früher an linksseitiger chronischer Mittelohreiterung mit Caries des Felsenbeins und wurde hier durch

längere Zeit bis zur vollständigen Heilung behandelt. Nach 1/4 Jahr kommt Patient wieder in Behandlung mit der Angabe, permanente Schmerzen im linken Ohr zu haben, er fürchtete, das alte Uebel würde wieder mit neuer Kraft ausbrechen. Zu seiner Beruhigung konnte constatirt werden, dass von Eiterung nicht die Spur vorhanden sei, wohl aber musste eine *Neuralgia occipitalis* angenommen werden. Die Schmerzen waren meist um 9 Uhr früh am heftigesten, dabei war immer etwas Schwindel vorhanden; der Schmerz zog vom Hinterhaupt auch den Rücken hinunter, später trat noch starkes Ohrensausen auf dem *rechten* Ohr hinzu. — Der constante Strom wurde hier (6 Elemente) einigemal, auswärts täglich der faradische Strom durch 8—10 Wochen angewendet, ohne wesentlichen Erfolg; von Chinin früh und Abends musste Abstand genommen werden, weil es starkes Ohrensausen und Schwindel verursachte; es folgten in der Verordnung sodann kalte Waschungen, die Erleichterung verschafften und die lästigen Rückenschmerzen beseitigten, dann wurde Patient zur Luftveränderung in den Schwarzwald geschickt. Er kam nach 4 Wochen mit Schmerzen in beiden Ohren, in Stirn und linkem oberen Augenlid *(Frontalneuralgie)*, Schwindel und Morgens Ohrensausen zurück; constanter Strom (Kat. auf Gangl. cervic. supr.), Fortsetzen der kalten Bäder, Natr. salicylic. waren ohne Erfolg.

Ein Jahr später bekam Patient ein Recidiv der Mittelohreiterung links, angeblich nach Erkältung; Schmerzen im linken Ohr fehlten, aber in der linken Kopfseite waren sie fast permanent; später stellten sich auch im Ohr Schmerzen ein in Folge von Anschwellung des Meatus. Nach kurzer Behandlung war diese Schwellung, sowie die Ohreiterung beseitigt, allein die Neuralgie blieb fort bestehen. Seit 2 Jahren ist die Eiterung auf dem linken Ohr nicht wiedergekehrt, während die Schmerzen in der linken Kopf- und Stirnseite zeitweise zu- und abnahm, hie und da war Zucken und Kältegefühl, Gefühl von Offensein und Blossliegen im linken Ohr. Patient hat aber das Manöver als Reserveoffezier ohne Nachtheil mitgemacht und klagt seit 1 1/2 Jahren nicht mehr.

Sekretär F., 61 Jahre alt, leidet seit 4 Wochen an Reissen und Stechen im ganzen Kopf, dabei intermittirendes Sausen und Schmerzen in beiden Ohren. Der Schmerz, der anfallweise auftritt, geht gewöhnlich vom linken Ohr aus, zieht nach dem Hinterkopf und von da nach dem Scheitel und der ganzen übrigen Kopfgegend hin. Er wurde schon homöopathisch behandelt ohne Erfolg; sein Sohn leidet an nervösem Ohrensausen.

Hier kam der constante Strom in Anwendung und waren nach 9 Sitzungen Schmerzen und Ohrensausen verschwunden.

A. F., 30 Jahre alt, leidet an ausserordentlich heftiger linksseitiger Occipitalneuralgie, die ihn zur Arbeit, zum Schlafen, Sprechen und Essen unfähig macht; er ist früher schon mit Arsen und allen möglichen Mitteln ohne Erfolg behandelt worden. Die typischen 3 Schmerzpunkte waren vorhanden; es wurde der constante Strom durch mehrere Wochen angewandt und dadurch der Charakter der Schmerzen

geändert, so dass dieselben sehr gering, mehr vag, nicht mehr neuralgisch wurden und vor allem immer mehr schwanden. Seit 3 Jahren kein Recidiv.

Frau D., 37 Jahre alt, zart gebaut und anämisch, leidet seit 6 Wochen nach einem Biss auf einen harten Gegenstand an linksseitigen Zahnschmerzen, die auch in das Ohr derselben Seite gezogen sind. Die Schmerzen waren intermittirend, traten meist Nachts und da am stärksten auf, so dass Patientin oft nicht schlafen konnte; dabei intermittirendes Sausen auf beiden Ohren, viel Nervenkopfweh, Hörweite beiderseits normal.

Auf Einreibungen mit Chloroform und Veratrin war nur geringe Besserung zu constatiren; Cocain versuchsweise injicirt, machte vorübergehend Schwindel und Uebelkeit, ohne die Schmerzen zu beseitigen; Chinin mit Opium bewirkte eine Verzögerung und Abnahme der Schmerzen, während endlich 3 Morphiuminjectionen in steigender Dosis die Schmerzen vollständig beseitigten.

Geistlicher S., 35 Jahre alt, litt vor einiger Zeit zuerst wochenlang an Schlaflosigkeit, später als er in einem Zimmer schlief, das sehr stark stank, bekam er Nasenkatarrh und starke Kopfschmerzen mit Congestionen zum Kopf, besonders in der Nacht beim Liegen hinzu. Die Schmerzen, die im Liegen entstanden, schwanden durch aufrechtes Sitzen. Während der Kopfschmerzen ist der Kopf heiss, kalte Umschläge sistiren die Schmerzen; bei Luftwechsel ist der Zustand besser, nach dem Essen schlechter; bei öfterem und weniger Essen waren die Kopfschmerzen weniger, besonders nach Gemüse und rohen Eiern; Patient meint, wenn der Magen beschäftigt sei, seien die Schmerzen geringer.

Bei viermaliger Anwendung des constanten Stromes (5—10 Elemente; K. an Schläfe, A. an die Stirne) bedeutende Besserung, aber ohne ein Recidiv aufhalten zu können, das mit *Tinctura Eucalypti*, ohne wiederzukehren, definitiv geheilt wurde.

---

207) **Ch. Achard** (Paris): De l'apoplexie hystérique. (Die hysterische Apoplexie.) (Arch. gén. de méd. Févr. 1887.)

Die Wahrnehmung, dass die Hemianästhesie, wenn sie die Folge einer Apoplexia sanguinea ist, lange nicht die Rolle spielt, wie da, wo den Anlass hierzu eine Apoplexia nervosa gegeben hat, macht im Verein mit einem weiter unten anzuführenden Argument den Ursprung der letzteren aus Hysterie mehr als wahrscheinlich.

Dazu kommt, dass, wenn ein Schlaganfall einer Vergiftung durch Blei oder Quecksilber, vielleicht auch durch Alcohol, seine Entstehung verdankt, dessen Folgezustände denen des nervösen der Art gleichen, dass die Annahme nahe liegt, jene Intoxication habe zuerst Hysterie und diese dann Apoplexie verursacht. Doch fehlt unter diesen Umständen der Transfert.

In den Fällen, wo sich die Hysterie zuerst durch einen apoplectischen Insult manifestirt, ist ein Irrthum um so leichter möglich, als bei beiden Krankheiten mehrere Anfälle nach einander folgen.

Dieselben haben in der Regel Motilitäts- und Sensibilitäts-Störungen, vorzugsweise Hemianästhesie und Hemiplegie, im Gefolge.

Erstere, besonders ausgeprägt, fehlt fast nie, dagegen letztere häufig oder macht sich, das Gesicht zuweilen gänzlich verschonend, nur wenig bemerkbar; nimmt sie die rechte Körperhälfte ein, so beobachtet man auch wohl nicht selten Aphasie.

Abgesehen von den negativen Sectionsbefunden, beweist übrigens noch die hysterische Natur dieser Apoplexieform die rasche Heilbarkeit ihrer Consecutivzustände vermittelst ästhesiogener Agentien, da oft schon die Application eines Magneten genügt, um die Prognose festzustellen und Heilung herbeizuführen.

Bleibt dieses Verfahren ohne Erfolg, so versuche man ein anderes derartiges Mittel so lange, bis das Ziel erreicht ist.

(Pauli (Köln).

---

207) **Wilbrand** (Hamburg): Die Seelenblindheit als Herderscheinung und ihre Beziehungen zur homonymen Hemianopsie, zur Alexie und Agraphie. (Wiesbaden, Bergmann 1887, 192 pag. 4,60 Mark.)

Es hat zweifellos Bedenken, zu einer Zeit, wo die Frage von der *Localisation* der Grosshirnrinde von Neuem in Schwanken gerathen ist (cf. die Verhandlungen der physiologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Berlin, referirt im Centralbl. 1886 S. 622 ff.) dem ebenso selten wie schwierig diagnosticirbaren Symptomencomplexe der *Seelenblindheit* die Bedeutung einer *Herderscheinung* beizumessen. Und dies noch, ohne durch Autopsien gestützt zu sein, allein auf Grund von zwei, allerdings sehr sorgfältig beobachteten und mitgetheilten Krankheitsfällen. Es war daher unvermeidlich, dass der Verf. in ein System von Hypothesen gerathen ist, das den Leser durch die feine und scharfsinnige Speculation lebhaft interessirt, jedoch des Werthes der thatsächlichen Bestätigung entbehrt.

Die eine der beiden Krankengeschichten stammt von Charcot (Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets veröffentlicht in Le progrès médical v. 21. juillet 1883) und ist so prägnant, dass sie eine kurze Wiedergabe verdient:

Ein weit über das Mittelmass hinaus gebildeter und intelligenter Kaufmann, der sich eines ausgezeichneten Gedächtnisses erfreut, 3 neuere Sprachen spricht und die beiden alten klassischen Sprachen in einem Grade beherrscht dass er Schriftsteller wie Homer und Horaz vom Blatte liest, ja zum Theil auswendig hersagen kann, ein vorzüglicher Kopfrechner, ein guter Zeichner, verliert plötzlich nach geschäftlichen Widerwärtigkeiten das optische Gedächtniss für Formen und Farben, ohne jede Störung seiner Intelligenz. Es fehlt ihm die Erinnerung an früher Geschehenes; alle Gesichtseindrücke, mögen sie auch oft Wahrgenommenes betreffen, sind ihm neu und fremd. Sein Vorstellungsvermögen, sowohl in Bezug auf Personen und Sachen, als auch auf Situationen und Begebenheiten ist ihm abhanden gekommen und daher kommt es, dass er bei Verstandesleistungen, die er früher leicht im Kopfe ausführte, jetzt die Schrift

zu Hilfe ziehen muss z. B. beim Rechnen; seine Zeichnungen bestehen aus einfachen Strichen und gleichen denen eines Kindes. Dabei ist der Augenbefund ein normaler.

Der zweite Fall, vom Verf. selbst beobachtet, betrifft eine Dame, bei der die gleichen Erscheinungen mit einigen Modifikationen und in Verbindung mit linksseitiger *Hemianopie* aufgetreten waren. Die mitgetheilte Krankengeschichte demonstrirt zur Genüge Alles, was in dem Begriffe: *Seelenblindheit* enthalten ist. Es ist das Verdienst des Verf., das klinische Krankheitsbild praecisirt zu haben. Nach ihm besteht das in der Rinde des Hinterhauptlappens gelegene Sehcentrum aus zwei räumlich getrennten Gebieten:

1.) aus dem *optischen Wahrnehmungscentrum*, in welchem die Empfindung der von unseren Augen aufgenommenen optischen Eindrücke nach den 3 Richtungen: Helligkeit, Form und Farbe und die Projektion in den Raum zu Stande kommt, und 2.) aus dem *optischen Erinnerungsfelde* d. i. dem Ganglienzellengebiete, welches als Depositorium der wahrgenommenen optischen Bilder dient und in welchem die Reproduction der optischen Vorstellungen erfolgt.

Um eine Zerstörung des letzteren Centrums handelt es sich bei der *Seelenblindheit*.

In den letzten Capiteln beleuchtet der Verf. eingehend die Beziehungen der Seelenblindheit zu den Erscheinungen der *homonymen Hemianopsie*, der *Alexie* und *Agraphie*, intressante Fragen, zu deren Studium auf das Original verwiesen werden muss.

Hirschmann (Breslau).

---

208) **Hughlings-Jackson**: A contribution to the comparative study of convulsions. (Beitrag zum vergleichenden Studium der Convulsionen.) (Brain April 1886.)

Die interessante Arbeit eignet sich wenig für eine auszügliche Besprechung ihres Inhaltes, doch mag versucht werden, wenigstens den Gedankengang des Verf. darzulegen. Thierexperimente und gewisse klinische Erfahrungen zwingen zu der Annahme, dass eine Classe der Convulsionen von Läsionen des Pons oder der Medulla obl. abhängt. Diese Convulsionen stellen Krämpfe dar, die auf Entladungen von Theilen des niedrigsten Niveaus der Gehirnentwickelung beruhen. Das mittlere Niveau besteht aus den motorischen Centren Hitzig's und Ferrier's und Schäfer's und Horsley's Stammcentren und Ferrier's sensorischer Region, das höchste aus den höchsten motorischen und sensorischen Centren. Das erste Niveau repräsentirt alle Theile des Körpers in den einfachsten Combinationen, das mittlere Niveau in complicirteren, kurz jedes Niveau ist aus dem niedriegeren entwickelt. Diese Theorie ist natürlich nicht erschöpfend, da Sympathicus und periphere Ganglien nicht berücksichtigt sind. Das Respirationscentrum gehört dem niedrigsten Niveau an und Respirationskrämpfe — richtiger respiratorisch beginnende Krämpfe — sind Krämpfe des niedrigsten Niveaus. Bei neugeborenen Kindern ist die gesammte Gehirnentwicklung auf dem niedrigsten Niveau; das

wird durch die Versuche bestätigt dass die Hirnrinde neugeborener Thiere nicht excitabel ist, erst später entwickelt sich das Gehirn zum mittleren und dritten Niveau. Je jünger das Thier ist, desto mehr ist sein Nervensystem ein Reflexmechanismus, desto weniger wird ein Theil desselben durch den andern controllirt. Die Zeit für das Auftreten von Respirationskrämpfen muss demnach für den Menschen vorzugsweise an eine Periode gebunden sein, in der sich die höheren Niveaus noch nicht ausgebildet haben; in der That fällt nach Henoch's, West's u. A. Untersuchungen der Laryngismus stridulus fast ausnahmslos in das erste Lebensjahr. Die Entladung, die zum Krampfe führt, wird durch übermässige Venosität des Blutes ausgelöst: daher prädisponirt nicht nur jede Erkrankung der Luftwege bei kleinen Kindern zu Respirationskrämpfen sondern auch längeres Schreien und längere Zeit dauerndes oberflächliches Athmen (im Schlafe). Der erste Anfall giebt durch vermehrte Supervenosität seinerseits Ursache zu neuen Anfällen. Erfahrungsgemäss sind rachitische Kinder besonders respiratorischen Krämpfen ausgesetzt, wie Verf. ausführt, ebenfalls in Folge von Supervenosität, die durch die mangelhafte Excursionsfähigkeit der krankhaft nachgiebigen Rippen in der Rachitis zu Stande kommt. Da das Respirationscentrum nicht allein die eigentlichen Athmungsmuskeln, sondern fast alle Körpermuskeln in Thätigkeit setzen kann, können die Convulsionen jederzeit allgemein werden, die Entladung kann „die ganze Linie der Centren" des niedrigsten Niveaus entlang gehen. Solche mehr oder minder allgemeinen Convulsionen kann man bei jedem Kinde mit Respirationskrampf sehen. Selbst bei gesunden Kindern stellt sich nach Henoch's Beobachtung öfter in heftigem Schreien ein vorübergehender Stillstand der Respiration mit convulsivischen Bewegungen ein, den er als „Krampf gewisser Respirationsmuskeln" deutet. Die Therapie derartiger Convulsionen bei kleinen Kindern muss der Theorie gemäss zuerst auf Vermeidung von Supervenosität gerichtet sein, im Anfalle selbst muss so früh wie möglich mechanisch der Respiration nachgeholfen werden.

Matusch (Sachsenberg).

---

209) **Ferrand** (Paris): L'exercice du langage et l'aphasie; lésions anatomiques. (Die Sprache und die Aphasie.) (Gaz. des Hôp. 1887, Nro. 28.)

Der Mensch besitzt bekanntlich die Fähigkeit, seine Gedanken durch Ton, Schrift und Geberde zu erkennen zu geben, ein Fähigkeit, welche je ein besonderes Coordinations- sowie Sammelcentrum voraussetzt.

Alle diese Centren, in der Gehirnrinde gelegen und durch Nerven mit einander verbunden, genügen schon, um unter gewissen Umständen auf dem Wege des Reflexes articulirte Töne hervorzubringen.

Hierher gehören z. B. der Schrei nach einem heftigen Eindruck oder die einem Echo gleichende automatische Wiederholung gewisser percipirter Wörter-Echolalie.

In allen anderen Fällen treten dagegen noch besondere Gehörs-, Gefühls-, Gesichts- und Gedächtniss-Centren für alle drei Spracharten der

Art in Concurrenz, dass sich je nachdem auf das eine oder andere die correspondirende Empfindung von ihrem betreffenden Sammelcentrum zu dem Zwecke überträgt, um mit den dort niedergelegten Eindrücken, welche sich, weil wahrscheinlich an eine besondere organische Form der cerebralen Rinde gebunden, erhalten, verglichen und dann nach aussen projicirt zu werden.

Bleibt diese excentrische Projection aus, so haben wir es mit demjenigen Vorgange zu thun, der innere Sprache heisst, die wie alle Vorstellungen die Tendenz hat, sich in Handlung umzusetzen.

Daher kommt es, dass man unter der Herrschaft eines fest getassten Gedankens demselben, besonders durch Worte oder Geberden, ohne es zu wollen Ausdruck verleiht.

Mit dieser physiologischen Anschauung harmonirt auch die pathologische Seite.

So besitzt z. B. der von Geburt Taubstumme, obgleich des Sammelcentrums der Gehörssensationen und in Folge dessen auch des correspondirenden Gedächtniss-Centrums beraubt, die Fähigkeit, sich durch Schrift und Geberde verständlich zu machen, weil die anderen Centren nicht nur vorhanden, sondern auch durch die stete Uebung besonders ausgebildet sind. Pauli (Köln).

---

210) **Dujardin-Beaumetz** (Paris): Traitement de l'anémie cérébrale. (Behandlung der Anämie des Gehirns.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 8.)

Gegen das vorstehende Leiden soll nach jeder der Hauptmahlzeiten in etwas Selterswasser ein Esslöffel Syrup. ferri jodat. und ebensoviel von folgender Lösung:

Kalii bromat.
Natrii „
Ammon. „ aa 10,0
Aq. destillat. 350,0

Abends vor dem Schlafengehen verabreicht werden.

Ausserdem nehme der Kranke täglich zwei Schwefelbäder, an deren Stelle, wenn es die Jahreszeit erlaubt, die kalte Douche und am Ende einer jeden die warme der Füsse tritt.

Pauli (Köln).

---

211) **Dilthey** (Berlin): Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn. (Leipzig, Duncker und Humblot. 1886.)

Bekanntlich ist schon von alter Zeit her vielfach auf eine Verwandtschaft zwischen Genie und Wahnsinn hingewiesen worden. Der Verf. lässt jedoch nur eine gewisse Verwandtschaft zwischen der Einbildungskraft des künstlerischen oder dichterischen Genies und den Träumen, Hallucinationen und Wahnideen gelten. Dieselbe beruhe auf der Stärke der Einbildungsvorstellungen, ihrer Sinnenfälligkeit und ihrer freien Ausbildung über die Grenzen der Wirklichkeit hinaus. Es wäre indess sehr verkehrt, wenn man annehmen wolle, dass die Vorgänge im Traum, im Wahnsinn und beim dichterischen oder künstlerischen Schaffen im Wesentlichen die nämlichen seien. In den beiden

erstgenannten Zuständen falle jene höchste Leistung des Seelenlebens weg, den erworbenen Zusammenhang desselben auf die gerade im Blickpunkt des Bewusstseins befindlichen Wahrnehmungen, Vorstellungen und Empfindungen wirken zu lassen; es sei hier gleichsam der regulirende Apparat unterbrochen, welcher die Eindrücke, Vorstellungen und Gefühle in der Anpassung an die Wirklichkeit erhält, daher erhalten und verknüpfen sich nun die Bilder in spielender Willkühr. In der Einbildungskraft des Dichters und Künstlers sei dieser Zusammenhang dagegen stets in vollem Masse wirksam, und nur die aussergewöhnliche Energie des Gefühls, der Affekte und der sinnlichen Organisation habe eine freie Entfaltung der Bilder über die Grenzen des Wirklichen hinaus zur Folge. Das Genie ist daher nach der Ansicht des Verf.'s keine pathologische Erscheinung, sondern der gesunde, der vollkommene Mensch.

Die lichtvolle Beweisführung des Verf.'s, welche sich theils auf psychologische resp. psychophysiologische Betrachtungen, theils auf Mittheilungen von berühmten Dichtern und Künstlern über die während des Schaffens an sich selbst gemachten Beobachtungen stützt, möge man im Originale nachlesen. Sie ist dem Verf. nach des Ref. Ansicht in jeder Hinsicht gelungen. Reinhard (Hamburg).

---

212) **G. Friedrich:** Die Entstehung des Wahnsinns in der Phantasie vom Standpunkt der Psychologie aus untersucht. (München u. Leipzig 1886. Friedrich'sche Buchhandlung.)

Dass von Laien noch immer Versuche gemacht werden, die Entstehung und das Wesen der Geistesstörungen von rein psychiologischen Gesichtspunkten aus zu erklären, beweist, wie tief eingewurzelt jene früher allgemein gültige, von den Irrenärzten aber schon lange verlassene Anschauungsweise ist, zeigt aber auch, welches Interesse den Seelenstörungen von allen Seiten entgegen getragen wird. Der Verf. dieser Studie, ein Philologe, hat, wie er im Vorwort angibt, im vorigen Jahre eine Abhandlung „über die Krankheiten des Willens“ geschrieben. Diesmal hat er „die Entstehung des Wahnsinns in der Phantasie“ zum Gegenstand einer psychologischen Studie gemacht. Auf den ersten Blick scheint der Verf. gar nicht einmal zu den Vertretern der strengen psychologischen Observanz in Bezug auf die Ansichten von dem Wesen der Seelenstörungen zu gehören, da er an verschiedenen Stellen auch somatische Momente als mitwirkend bei der Entstehung von Geisteskrankheiten anerkannt, doch ist dies, wie gesagt, nur Schein, denn er nimmt nur einen indirekten Einfluss derselben an, insofern sie alterirend und hemmend auf psychische Thätigkeiten einwirken. Zunächst werden dem Seelenschmerz einige einleitende Betrachtungen gewidmet, und zwar desshalb, weil die Thätigkeit der Phantasie, auf die er gleich zu sprechen kommt, viel häufiger mit Gefühlen der Unlust und des Schmerzes als mit eigentlichen Lustgefühlen verknüpft sei, und in letzter Linie die Unlustgefühle, besonders wenn sie oft wiederholt oder lange anhaltend aufträten, die Hauptschuld an dem Entstehen der Geistesstörungen trügen. Die Bedingungen, unter welchen geistige

Vorgänge schmerzlich empfunden würden, seien einerseits körperliche Umstände, welche die normale psychische Lebensthätigkeit hinderten, andrerseits Störung oder Mangel bestimmungsgemässer Lebensverhältnisse, wozu noch der Einfluss der individuellen Eigenart komme.

Die normale Phantasie hat nun nach dem Verf. die Vermittlung zwischen dem denkenden Geist und der Aussenwelt zu besorgen, ihr fällt beim Denken die Versinnlichung zu nicht nur zum Einbilden aus der Körperwelt in das Geistesleben, sondern auch zum Ausbilden aus der Ideenwelt des Geistes in die Körperwelt. Die Phantasie komme bei allen seelischen Thätigkeiten in Betracht, sowohl bei denjenigen des Verstandes und der Vernunft als auch bei denjenigen des Gemüthes. Sie ist es, in welcher nach des Verf. Worten das geistige und physische Wesen des Menschen so zu sagen zusammenfliesst. Gerathe daher die Phantasie in abnorme Thätigkeit, sei es dass sie eine verkehrte Richtung einschlage, dass sie einseitig oder zügellos werde und das Verstandesleben überwuchere, so seien im Vereine mit den hieraus resultirenden Unlustgefühlen alle Momente gegeben, den Wahnsinn hervorzurufen. Die abnorme Thätigkeit der Phantasie sei gewissermassen die Vermittlerin des Wahnsinns, der ja vorzugsweise in einer krankhaften Störung des Vorstellungslebens, in einer Perversion der Ideenwelt mit Trübung der Selbstempfindung und des Selbstbewusstseins bestehe. In wie weit dem Verf. dieser Nachweis gelungen ist, möge dem Urtheil des Lesers überlassen bleiben. Durch besondere Klarheit zeichnet sich diese psychologische Studie nicht aus, und die vielen Citate aus griechischen und römischen Classikern vermögen hieran nichts zu ändern. Immerhin mag die Lectüre derselben dem Einen oder Anderen ein gewisses Interesse abnöthigen. Reinhard (Hamburg).

---

213) **B. Hyslop** (Wakefield): Case of acute mania, in which there was complete remission of the symptome during a temporary plugging of the sinuses. (Complete Remission der Symptome einer acuten Manie während temporärer Verstopfung der Sinus.) (Brain. April 1886.)

Aus der Krankengeschichte geht nur hervor, dass die Kranke ruhig und besonnen war, so lange sie an fieberhafter Parotitis litt, dass es sich dabei um Sinnesthrombose gehandelt hat, ist wohl nicht ganz sicher. Matusch (Sachsenberg).

---

214) **Brouardel** (Paris): L'impuissance dans ses rapports avec l'idiotie, la paralysie, l'alcoolisme, l'émotivité. (Die sexuelle Schwäche in ihren Beziehungen zur Idiotie, der Paralyse, dem Alcoholismus, der eingebildetn impotentia coeundi.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 4.)

Bekanntlich verursachen Läsionen des cerebro-spinalen Systems nur selten Satyriasis, häufig aber Abschwächung der geschlechtlichen Functionen und in zweiter Linie, wie alle Anomalien der Genitalorgane, eine solche der Intelligenz.

Die unter diesen Bedingungen erzeugten Kinder werden später gewöhnlich Idioten sowie deren Nachkommen zeugungsunfähig, Onanisten oder zügellose Wollüstlinge.

Gleich jenen Läsionen verhält sich das Greisenalter, insofern die durch dasselbe bedingte Arteriosclerose die intellectuellen Fähigkeiten mehr oder weniger abschwächt.

Diese Varietät von Dementia senilis characterisirt sich nicht selten dadurch, dass die davon Betroffenen Attaken auf die Schamhaftigkeit machen oder ein besonderes Vergnügen daran finden, öffentlich ihre Genitalien zu zeigen.

Endlich üben noch denselben Effect Diabetes, Alcoholismus und eingebildetete sexuelle Schwäche aus. Pauli (Köln).

IV. Aus den Vereinen.

I. Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein in Bern.

Sitzung vom 26. October 1886. (Correspondensbl. f. Schweiz. Aerzte 1887. 5.)

215) **Dubois** (Bern) spricht über *die electrische Reactionen beim Schreibe- und Telegraphistenkrampfe.* Bei drei ganz frischen Fällen konnte eine deutliche Steigerung der electrischen Erregbarkeit für beide Stromesarten festgestellt werden. Sie war besonders ausgesprochen in den Muskeln des Thenar, im Opponens und Abductor, fehlte aber im Hypothenar. Sie war auch nur bei directer Muskelreizung nachweisbar, nicht bei Reizung des Nervenstammes; der Unterschied war in allen Fällen ein deutlicher. Der Befund ist natürlich zu klein, um ihn zu einer allgemeinen Gültigkeit zu erheben. Immerhin ist er beachtenswerth und hat auch eine Bedeutung für die etwaige Entlarvung einer Simulation. E.

II. Gesellschaft der Aerzte in Zürich.

Sitzung am 6. November 1886. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte 1887. 6.)

216) Prof. **Hab** trägt vor über die *Nuclaerlähmung der Augenmuskeln,* eine Krankheit, die in der Neuzeit die Aufmerksamkeit der Ophthalmologen sowohl wie der innern Mediciner je länger je mehr auf sich lenkt. Vortragender kann den bisher veröffentlichten 27 Fällen 4 weitere beifügen, von denen er drei der Versammlung demonstrirt. Nachdem er die Hauptsymptome, die Ophthalmoplegie, d. h. Lähmung sämtlicher äusserer Augenmuskeln mit Freibleiben des Sphincters der Iris und der Accommodation geschildert, Auftreten, Verlauf und Wesen der Erkrankung kurz berührt, kommt er zum Resultat, dass wir zwei Gruppen von Nuclaerlähmung der Augenmuskeln unterscheiden müssen. Eine erste Gruppe umfasst die Fälle, bei denen blos die Kerne des Abducens, Trochlearis und Oculomotorius afficirt sind und zwar letzterer mit Ausschluss des Theiles für Accomodation und Sphincter. Bei der zweiten Gruppe sind auch noch andere Kerne erkrankt, z. B. der Trigeminus-, Hypoglossus- und Vagus-Kern, oder es treten die Erscheinungen der Ataxie oder progressiven Muskelatrophie hinzu. Als Repräsentanten der ersten Gruppe demonstrirt Vortragender zwei Patienten, die Lähmung blos des Abducens, Trochlearis und Oculomotorius beiderseits zeigen, mit Freibleiben von Accommodation und Sphincter.

Beide Kranke sind im übrigen ganz gesunde kräftige junge Leute, bei denen sich das Krankheitsbild ziemlich rasch zur vollen Höhe entwickelte, ohne dass eine greifbare Ursache dafür zu finden war. Bei einem andern Patienten, dessen Krankengeschichte vorgelegt wird, hatte Vortragender einen Sturz auf den Kopf als Ursache genau desselben Symptomencomplexes beobachtet. Nachdem Vortragender noch einen Patienten der zweiten Gruppe demonstrirt, der ausser der Ophthalmoplegie ausgesprochene Tabes zeigte, geht er über zur Besprechung des Sitzes der Krankheit und der Anschauungen, die in dieser Hinsicht existiren, namentlich bezüglich der pathologisch-anatomischen Verhältnisse. Er glaubt, dass im Centralnervensystem bezüglich Morbilität nicht alle Theile gleichwerthig seien, sondern dass diejenigen, welche stark gebraucht werden und sozusagen fast beständig in Thätigkeit sind, leichter erkranken, resp. eine grössere Vulnerabilität besitzen. Eine Analogie hiefür bilde die grosse Vulnerabilität der Maculagegend der Retina, auf die Vortragender schon früher aufmerksam machte. Doch sei dies vorläufig Hypothese.

Discussion: Dr. von Monakow gibt der Vermuthung Raum, dass die Erkrankung für einen Theil der Fälle im Verlaufe der Fasern von der Grosshirnrinde zu den Kernen gesucht werden müsse (beim Kaninchen dorsal vom Aquæductus liegender Fasern). Die Erklärung der Symptome durch einen grössern bei Formen der ersten Kategorie auf alle Augenbewegungskerne sich erstreckenden Herd ist mit Rücksicht auf das Fehlen von Erscheinungen auf andern Nervengebieten nicht ganz befriedigend. Letzterer Punkt in Verbindung mit dem Umstand, dass es sich in fraglichen Fällen nur um *Paresen* der Augenmuskeln handelte, sowie die von v. Gudden nachgewiesene Kreuzung der Oculomotoriuskerne, welche schon nach Laesion *eines* Kerns Lähmungserscheinungen in beiden Augen zulässt, legt im Weitern die Annahme nahe, dass der Symptomencomplex eventuell durch einen kleinern auf den Oculomotoriuskern einer Seite beschränkten Herd erzeugt werden kann: die Störung im Abducens und Trochlaeris liesse sich durch Unterbrechung der Verbindungsfasern zu den betreffenden Kernen erklären. In einem Falle von progressiver Paralyse wenigstens mit *totaler* Ophthalmoplegie (verbunden allerdings noch mit Reactionslosigkeit der Pupillen) konnte M. hochgradigste Degeneration der Oculomotoriuskerne beiderseits nachweisen, *während die Abducenskerne normal, die Trochlaeriskerne nahezu normal waren.* Schliesslich hielt M. die Möglichkeit, dass es sich bei der Nuclearlähmung um eine primäre Muskelerkrankung handeln könnte, nicht für gänzlich ausgeschlossen.

Prof. Krönlein hat einen Fall beobachtet, der mit einer Parese des Velums begann, wobei anfänglich an eine diphtheritische Lähmung gedacht wurde. Es folgten Anästhesien im Gebiet des zweiten Astes des Trigeminus. Die Lähmung des Velums ging zurück, die Anästhesie theilweise, während Facialisparese und endlich das vollständige Bild der Nuclearlähmung auftrat.

Prof. Haab nimmt an, die Erkrankung müsse in diesem Falle

hinten in der Medulla angefangen haben und wäre nach vorne in die Centren der Augenmuskelnerven gekrochen. Der Fall gehört in die zweite Kategorie. Bei Dichter Heine z. B. bildeten die Erscheinungen der Nuclearlähmung den Anfang, nachher wurde erst der Trigeminus afficirt, dann folgten Symptome von Tabes, von progressiver Muskelatrophie und das lethale Ende wurde durch Bulbaerparalyse herbeigeführt. Die Dauer des Leidens betrug 20 Jahre.

Prof. Wyss hat drei Fälle beobachtet. Der erste gehört der I. Gruppe an, ist seit $^5/_4$ Jahren in Beobachtung. Er zeigte vollkommen isolirte Lähmung der beiden Oculomotoriuskerne. Die Krankheit ist seit dem Spitalaufenthalt etwas zurückgegangen. Die Lähmungen sind isolirt geblieben. Als Ursache vermuthet Prof. W. Atherom.

Bei zwei anderen Fällen war die Oculomotoriuslähmung nur das erste Symptom einer schweren Gehirnkrankheit. Bei dem einen, einem 85 jährigen Manne, handelte es sich um die Differentialdiagnose von Nuclearlähmung und tuberculöser Meningitis. Der Exitus erfolgte bald, eine Section konnte nicht gemacht werden. Bei dem andern, einem weiblichen Individuum, fanden sich neben der Oculomotoriuslähmung meningitische Erscheinungen. Endlich kommt noch Oculomotoriuslähmung bei Haematom der Dura vor, gewiss gibt es aber eine Anzahl von Fällen, welche auf Gefässerkrankung beruhen. E.

V. Tagesgeschichte.

Unser verehrter Mitarbeiter Herr Dr. Moravcsick in Budapest hat sich an der dortigen Universität für Psychiatrie habilitirt.

Berichtigung.

In Nro. 4, Seite 98, Zeile 10 von unten musss es heissen: vor dem **linken** Auge.

☞ Alle Einsendungen für das Centralblatt werden ganz ergebenst unter der Adresse erbeten:

Redaction des Centralblattes für Nervenheilkunde etc.
Bendorf am Rhein.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.
Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. April 1887. Nro. 8.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber das Wesen der Basedow'schen Krankheit. Von P. J. Möbius.

II. Original-Vereinsberichte. Verein der Aerzte in Steiermark. **v. Krafft-Ebing**: Ueber erworbene conträre Sexualempfindung. **v. Krafft-Ebing**: Ueber die Anwendung des Paraldehyd in der neuropathologischen Praxis.

III. Referate und Kritiken. **Landois**: Ueber die Erregung typischer Krampfanfälle nach Behandlung des centralen Nervensystems mit chemischen Substanzen unter besonderer Berücksichtigung der Urämie. **Jelgersma**: Ueber das anatomische Verhältniss des Pons und der Olive zu der Pedunculus-Bahn. **Helweg**: Der centrale Verlauf der Gefässnerven. **Spitzka**: Vorläufige Mittheilung die Pyramidenkreuzung betreffend. **Spehl**: Die Blutvertheilung im Gehirn. **Deutschmann**: Ueber Neuritis optica, besonders die sogenannte „Stauungspapille" und deren Zusammenhang mit Gehirnaffectionen. **Möbius**: Ueber Neuritis puerperalis. **Ross**: Ueber Aphasie, ein Beitrag zur Sprachstörung in Folge von Erkrankung des Gehirns. **Singer**: Ein Fall traumatischer Aphasie und Monoplegie. **Kahler**: Ueber Wurzelneuritis bei tuberculöser Basilarmeningitis. **Netter**: Meningitis als Folge des Pneumoniecoccus. **Wilcox**: Ein Fall von Albuminurie; Tod in Folge von acutem Oedem des Gehirns. **Leyden**: Ueber Herzaffectionen bei Tabes dorsalis. **Sandoz**: Ileus bei Tabes dorsalis. **Homén**: Paramyoclonus multiplex. **Weill**: Ueber physiologische und therapeutische Wirkung des Antifebrin. **Möbius**: Ueber neuere electrotherapeutische Arbeiten. **Wollner**: Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. **Markenzie**: Berichte des Comités für die Sammelforschungen der British medical Association. Chorea. **Serreins**: Nervöse Phänomene des Gesichts reflectorischer Natur in Folge einer Verwundung des Kopfes. **Schiffers**: Hemiatrophie der Zunge. **Hewetson**: Neurosen in Folge von Sehstörungen. **Uhthoff**: Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan. **Nieden**: Ein Fall von Lesescheu, Dyslexie (Dysanagnosie) mit Sectionsbefund. **Neusser**: Ueber Pellagra in Oesterreich und Rumänien. **v. Krafft-Ebing**: Ueber Neurasthenia sexualis beim Manne. **Batemann**: Un cas de Logonévrose epileptique ou d'aphasie intermittente. **Leidesdorf**: Ueber die sogenannten psychisch-epileptischen Aequivalente. **van Deventer**: Transitorische Psychosen nach Alcoholgenuss und ihre Beurtheilung in foro. **Wellenbergh**: König Ludwig II. **Winkler**: Prof. Dr. J. B. A. von Gudden. Lebensbericht. **Lange**: Ueber Gemüthsbewegungen. **Flindt**: Uebersicht der wichtigsten Psychosenformen. **Lange**: Periodische Depressionszustände.

IV. Aus den Vereinen. I. Académie des sciences. II. Societé médicale des hôpitaux de Paris. III. Societé de chirurgie.

V. Miscellen.

I. Originalien.

Ueber das Wesen der Basedow'schen Krankheit.

Von P. J. MÖBIUS.

Ueber die Ursache des M. B. und das Verhältniss seiner Erscheinungen zu einander wissen wir bis jetzt nichts. Dementsprechend giebt

es verschiedene „Theorien“ der Krankheit. Die älteste Annahme, dass der M. B. ein Leiden des Blutes sei, war vielleicht die schlechteste nicht, sie ist aber in der neueren Zeit nicht als der Besprechung werth betrachtet worden. Auch die Vermuthung, dass eine Erkrankung des Herzens das Erste sei, hat nicht viel Anklang gefunden. Bei allen neueren Schriftstellern steht es fest, dass der M. B. eine Nervenkrankheit sei. Die glänzenden Untersuchungen der Physiologen über den N. sympathicus wurden Ursache einer Pathologie des Sympathicus und im Hinblick auf Cl. Bernard's Versuche erklärte Trousseau den M. B. für ein Leiden des Sympathicus. Den Meisten wird zur Genüge bekannt sein, wieviel scharfsinnige Erörterungen dieser Behauptung gewidmet worden sind und wie wenig dieselben an begründeten Ergebnissen geliefert haben. Indessen der Mangel an Gründen und die inneren Widersprüche kamen nicht auf gegen den Zauber der die Geister bestechenden Sympathicus-Hypothese. Auch heute noch dürfte die letztere manche Anhänger zählen. Daher ist es vielleicht nicht ganz überflüssig, nochmals auf ihre Hinfälligkeit hinzuweisen. Die pathologisch-anatomische Beweisführung ist misslungen. Zwar fanden mehrere Untersucher bei M. B. Veränderungen bald dieser, bald jener Art am Halssympathicus, aber solche Veränderungen sind bei einer Menge ganz verschiedener Krankheiten gefunden worden (vgl. Giovanni; Patologia del Simpatico. Milano, 1876). Wenn in einem einzigen Falle von M. B. der Halssympathicus gesund gefunden worden ist, wie es z. B. in Ranvier's Falle geschah, kann eine primäre greifbare Läsion jenes Nervenstranges nicht Ursache der Krankheit sein. Ebensowenig wie die pathologische Anatomie gestattet die Klinik, es anzunehmen. Bei M. B. fehlt jede Veränderung der Pupillen, bei M. B. besteht Gefässerweiterung zusammen mit Exophthalmus. Bei Läsion des Sympathicus fehlen nie Veränderungen der Pupillen, besteht entweder ein ganz geringer Exophthalmus mit Gefässverengerung, oder Zurücksinken des Bulbus mit Gefässerweiterung, bez. Verengerung. Bei M. B. besteht Struma, bei Sympathicuskrankheiten fehlt dieselbe. Es ist gänzlich unerwiesen, dass durch irgend welche Läsionen des Sympathicus Struma entstehen könnte.[1])

Weit weniger Freunde als die Sympathicus-Hypothese hat die Vermuthung einiger Aerzte gefunden, es möchte die Läsion bei M. B. wohl in der Oblongata zu finden sein. Geigel glaubte zwar in einem Falle leichte Veränderungen im Rückenmark zu bemerken, welche ihm als pathologische erschienen, aber in der Regel fand man Oblongata und Rückenmark nicht erkrankt und soviel man krankhafte Veränderungen dieser Theile kennen lernte, nie hatten Erscheinungen, welche dem M. B. ähnlich gewesen wären, bestanden. Die Thatsache, dass Filehne bei jungen Kaninchen nach Durchschneidung der Corpora restiformia einen Theil der Basedow'schen Symptome beobachtete, ist sehr merkwürdig. Aber auf diese Thierversuche, welche anscheinend nicht wiederholt worden sind, die Lehre von der bulbären Natur des M. B. zu begründen, wäre sicher ein gewagtes Unternehmen.

---

[1]) Vergl. Möbius: Zur Pathologie des Halssympathicus. (Berl. klin. Wochenschr. XXI. Nro. 15 ff. 1884.)

Vertrauenswerther schien manchen Schriftstellern die Meinung, der M. B. sei eine „vasomotorische Neurose". Das ist nun freilich ein recht unbestimmtes Ding. Dass durch eine Läsion der Nerven, welche die Gefässe der Thyreoidea versorgen, Anschwellung der Drüse, durch eine solche der Orbitalgefässnerven Exophthalmus, durch eine solche der Herznerven Tachycardie entstehe, ist möglich. Dass die genannten Nervenfasern bei M. B. wahrnehmbar erkrankt seien, hat man wohl nicht angenommen. Man meint, sie unterliegen einer functionellen Störung. Damit hat man zwar für das einzelne Symptom eine physiologische Erklärung. Aber man fragt jetzt, warum wird die Function gerade dieser Gruppen von Nervenfasern gestört, wie man früher fragte, warum treten Struma, Exophthalmus und Tachycardie zusammen auf. Die Frage ist verschoben, nicht gelöst. Ueberdem nützen bei der Erklärung mancher Symptome des M. B., z. B. der des Zitterns, die Gefässnerven nichts.

In den letzten Jahren ist die Ansicht ausgesprochen worden, der M. B. gehöre zu den allgemeinen Neurosen, d. h. es sei bei ihm die Function des ganzen Nervensystems gestört, in ähnlicher Weise wie bei der Hysterie. Auch ich habe früher geglaubt, dass wir den M. B. „als eine allgemeine Nervenkrankheit zu betrachten haben, welche ihren Platz findet zur Seite der schweren Neurosen, des Nervosismus, der Hysterie, Epilepsie und Geistesstörung".[1]) Diese Ansicht gründet sich darauf, dass die an M. B. Erkrankenden nicht selten nervösen Familien angehören, bez. selbst nervös sind, dass als Ursache der Erkrankung am häufigsten Gemüthserschütterungen angegeben werden, dass von den Erscheinungen der Krankheit manche auch bei anderen Nervenkrankheiten angetroffen werden, als das Zittern, die psychischen Störungen, die Schlaflosigkeit, die allerdings seltenen Krämpfe und Lähmungen. Dazu kommt, dass, wenn einmal der M. B. eine Nervenkrankheit sein soll und es doch nicht gelingt, eine Stelle des Nervensystems als Sitz der Läsion anzugeben, der Abschnitt „allgemeine Neurosen" die letzte Zuflucht der Krankheit bildet. Die Unterbringung des M. B. in jenem so wie so schon Verschiedenartiges zusammenfassenden Abschnitt war z. Th. eine Handlung der Verlegenheit und ich selbst habe nie eine rechte Beruhigung dabei gefühlt. Ausser andern Umständen musste die (oft wenigstens zweifellose) Malignität der Krankheit Bedenken erregen. Das Wahre der in Rede stehenden Ansicht dürfte sein, dass nicht 3 örtliche Veränderungen den M. B. ausmachen, dass vielmehr bei ihm der ganze Körper krank ist.

Haben die bisherigen Ueberlegungen zu keinem befriedigenden Ende geführt, so muss man dem Räthsel auf einem neuen Wege beizukommen suchen. Bei dem M. B. ist regelmässig ein Organ erkrankt, über dessen Bedeutung erst in der letzten Zeit uns ein Licht aufgegangen ist. Während man früher die Schilddrüse entweder als überflüssig, oder als einen nur mechanisch wirkenden Apparat, einen Blutregulator des Gehirns, zu betrachten geneigt war, lassen die neuen

---

[1]) Vgl. Möbius: Ueber Morbus Basedowii. (Memorabilien XXVI. S. 1881.)

Erfahrungen uns ahnen, dass die Schilddrüse eine überaus wichtige chemische Thätigkeit entfaltet. Die Erfahrung der Chirurgen, dass Viele, deren Kropf exstirpirt worden ist, an „Cachexia strumipriva" zu Grunde gehen, die der Physiologen, dass ihrer Schilddrüse beraubte Hunde und Affen unter ähnlichen Erscheinungen sterben, die der Aerzte, dass bei dem sich mit der Cachexia strumipriva nahezu deckenden Myxoedem stets die Schilddrüse geschwunden ist, alle diese Erfahrungen zeigen, dass der Verlust der Schilddrüse tiefgehende Ernährungsstörungen im ganzen Körper bewirkt, Störungen, welche kaum anders als durch die Annahme einer zum Leben nöthigen chemischen Thätigkeit der Schilddrüse gedeutet werden können. Da liegt nun der Gedanke nahe, dass auch bei den constitutionellen Krankheiten, bei welchen nicht Schwund, aber doch eine wahrnehmbare Veränderung der Schilddrüse regelmässig vorhanden ist, eben diese Veränderung die nächste Ursache der Krankheit sei. Diese Krankheiten sind der Cretinismus und der M. Basedowii. Den Cretinismus haben bei Besprechung des Myxödem verschiedene Schriftsteller in dieser Weise gedeutet. Dass auch der M. B. so aufgefasst werden könne, habe ich zuerst ausgesprochen[1]). Neuerdings hat auch R. Virchow darauf hingewiesen[2]). Vergleicht man den M. B. mit dem Myxödem, so findet man eine Anzahl übereinstimmender Punkte. Beide Krankheiten sind chronisch, fieberlos, führen zu Kachexie, enden gewöhnlich tödtlich, betreffen zumeist Frauen im mittleren Lebensalter. Bei beiden ist die Schilddrüse erkrankt, ist die Herzthätigkeit verändert, leiden die seelischen Functionen, zeigen sich Störungen an der Haut. Andererseits ist das Bild des Myxödem in gewissem Sinne das Gegenstück zum M. B.: hier Vergrösserung, dort Verkleinerung der Schilddrüse, hier Beschleunigung, dort Verlangsamung der Herzthätigkeit, hier Verdünnung, gesteigerte Wärme, übermässige Schweissbildung der Haut, dort Verdickung durch Mucinanhäufung, Kälte, oberflächliche Trockenheit der Haut, hier Steigerung der Erregbarkeit, reizbare Schwäche der seelischen Thätigkeit, dort Langsamkeit derselben. Sollten Aehnlichkeit und Unterschied sich nicht dadurch erklären, dass es sich beim Myxödem um Aufhören der Function der Schilddrüse, beim M. B. um eine krankhafte Thätigkeit der letzteren handelt?

Einen Einwurf gegen die Ableitung der übrigen Erscheinungen des M. B. von der Struma könnte man aus der Thatsache entnehmen, dass in manchen Fällen ein Theil jener Erscheinungen eher da ist, als die Struma. Indessen kann die Drüse sehr wohl erkrankt sein, ehe die Betastung eine Veränderung des Volumens erkennen lässt.

Selbstverständlich ist meine Auffassung durch das Gesagte nicht bewiesen. Einen solchen Beweis zu liefern, ist der Kliniker vor der Hand nicht im Stande. Ob histologische oder chemische Untersuchungen der erkrankten Drüse weiteren Aufschluss geben können, ob es gelingt, durch irgend welche Mittel bei Thieren eine der beim M. B. vorhandenen analoge Struma hervorzurufen, wird die Zukunft lehren.

---

1) Schmidt's Jahrbücher CCX. p. 237. 15. Juli 1886.
2) Berl. klin. Wochenschr. XXIV. 8. 1887.

Angenommen, der verlangte Beweis wäre erbracht, so würde weiter zu fragen sein, was ist denn nun Ursache der Struma? Auf diese Frage nach der Ursache der Krankheit selbst giebt die neue Lehre zunächst ebensowenig Antwort, wie die Sympathicus-Hypothese oder eine andere. Das Myxödem kann uns nicht weiter helfen, denn über dessen Ursache wissen wir auch nichts. Aber bei dem Kropfe und dem Cretinismus hat man längst aus der Beschränkung auf einzelne Gegenden, aus dem endemischen Auftreten den Schluss gezogen, dass eine Giftwirkung vorliegen müsse. Eine solche könnte man auch bei Myxödem und bei M. B. vermuthen. Das Gift kann entweder von aussen in den Körper eindringen, oder in diesem gebildet werden. In beiden Fällen würde die individuelle Anlage, ebenso wie bei anderen Intoxicationen, eine Rolle spielen. Man könnte dann annehmen, dass die bei dem M. B. betonte neuropathische Belastung als Degenerescenzerscheinung Ausdruck einer verminderten Widerstandsfähigkeit wäre. In gleichem Sinne könnten die in der Aetiologie voranstehenden Gemüthsbewegungen gedeutet werden, wiewohl es auch denkbar wäre, dass diese selbst Ursache einer Leukomainbildung würden. Dabei kann man auch an die Möglichkeit denken, dass unter Umständen schädliche Stoffe, welche für gewöhnlich von der Schilddrüse unschädlich gemacht werden, in so grosser Menge in den Körper gelangen, oder in demselben entstehen, dass die Schilddrüse ihrer, trotz functioneller Hypertrophie, nicht mächtig wird. Bei dieser letzten Hypothese würde die Struma allerdings eine andere Bedeutung haben als bei der oben auseinandergesetzten. Es mag vor der Hand genug sein, die verschiedenen Möglichkeiten anzudeuten.

Leipzig, am 5. März 1887.

II. Original-Vereinsberichte.

Verein der Aerzte in Steiermark.

IV. Monatsversammlung am 14. März 1887.

217) Nach Mittheilung der Einläufe hält Professor Freiherr **v. Krafft-Ebing** den angekündigten Vortrag über: *Erworbene conträre Sexualempfindung.*

Nach einem Rückblicke auf die bisherigen wissenschaftlichen Erfahrungen bezüglich der *angeborenen* conträren Sexualempfindung als eines bei belasteten Persönlichkeiten vorkommenden functionellen Degenerationszeichens wendet sich der Vortragende zur Darlegung seiner Erfahrungen über *erworbene* conträre Sexualempfindnng unter Mittheilung einer einschlägigen Krankheitsgeschichte. Auch die erworbene Anomalie scheint nur bei belasteten Individuen vorzukommen.

Sind solche, wie so häufig, mit abnorm früh und stark sich regendem Sexualtrieb behaftet, so kommt es zur Masturbation, und durch diese vermittelt, zu Neurasthenia sexualis. Tritt die derart kranke Person in das zeugungsfähige Alter, so führt der mächtige sexuale

Drang zu Coïtus-Versuchen mit Personen des anderen Geschlechtes, jedoch ist die Neigung bei derlei durch Masturbation verdorbenen Individuen zum anderen Geschlechte eine bedeutend abgeschwächte.

Der Coïtusversuch des an Masturbation gewöhnten männlichen Individuums scheitert an reizbarer Schwäche des Ejaculations- und Erections-Centrums. Böses Gewissen, vorausgehende Blamagen und Enttäuschungen vereiteln den Erfolg bei weiteren Versuchen. Damit sinkt die ohnedies schwache Neigung zum Weibe auf den Nullpunkt. Die fortbestehende Libido verlangt aber nach Befriedigung und verirrt sich unterstützt durch gelegentliche Verführung, Freundschaftsgefühle u. s. w. leicht zu sexueller Annäherung an Personen des eigenen Geschlechtes.

In diesem Stadium ist die Rückbildung der Neurose und der Perversion und Rückerziehung zu normaler Sexualität noch möglich. Anderfalls kann es zu tiefer und dauernder Umänderung der psychischen Persönlichkeit (effeminatio) kommen. Der Kranke erfährt eine tiefgehende Wandelung seiner Gefühle und Neigungen im Sinne einer weiblich fühlenden Persönlichkeit, fühlt sich nun als Weib bei sexuellen Acten, hat nur mehr Neigung für passive Geschlechtsbethätigung.

Der Vortragende weist schliesslich auf die Möglichkeit hin, dass die conträre Sexualemfindung als angeborene Erscheinung eine erblich gezüchtete Eigenschaft der Descendenz von mit erworbener krankhafter Neigung zum eigenen Geschlecht Behafteten darstelle und so ihre Erklärung finde.

Allgemeine Erfahrungen über die Vererbung von gezüchteten Eigenschaften, die Thatsache, dass conträr sexuale Männer nicht selten Kinder zeugen, mit conträrer Sexualität behaftete Weiber heirathen und fruchtbar sind, sowie eine Beobachtung des Vortragenden, nach welcher die 8 jährige Tochter eines conträr Sexualen bereits mutuelle Masturbation trieb, lassen die Hypothese als annehmbar erscheinen.

Dr. von Köpl fragt, ob der Vortragende einen mit conträrer Sexualempfindung Behafteten als zurechnungsfähig betrachte oder nicht?

Prof. v. Krafft-Ebing erklärt dies als eine der schwierigsten Fragen der Psychopathologie; in concretem Falle würde es wahrscheinlich möglich sein, die Frage zu entscheiden und dem Rechte Genüge zu leisten; abstract aber lasse diese Frage sich nicht beantworten.

Im Weiteren spricht

218) Prof. v. **Krafft-Ebing** über die *Anwendung des Paraldehyd in der neuropathologischen Praxis.*

Der Vortragende fand im Paraldehyd ein in 70—80% der Fälle prompt wirkendes Hypnoticum, welches natürlichen Schlaf erzeugt, keine schädlichen Folgen nach sich zieht, auch nicht auf das Herz, und die einzige Unannehmlichkeit in dem ihm anhaftenden Geruche und stark geistigen Geschmacke besitzt, welcher durch Tinkt. cort. Aurant. simpl. nur zum Theile corrigirt werden kann.

Auch als Klysma lässt sich das Mittel gut anwenden; Symptome wie bei Alcoholmissbrauch treten nicht auf.

Als Maximaldose bei vorübergehenden Fällen fand der Vortragende 12 Gramm als entsprechend; bei Delirium tremens kam ein Mann auf

20 Gramm in 24 Stunden, ohne Gefahr. Dosen von 5—6 Gramm allnächtlich haben niemals eine schädigende Wirkung gehabt, selbst bei Monate lang andauerndem Gebrauch. Ein Mann aus Ungarn nahm seit über Jahresfrist täglich 35 Gramm Paraldehyd; gemüthliche Stumpfheit war die Folge, etwas Tremor und Muskelschwäche waren auch vorhanden. Anderseits kam eine Frau zum Vortragenden, welche seit Jahresfrist täglich 40 Gramm Paraldehyd genommen hatte, zur Paraldehyd-Entziehungscur. Vorher hatte die Patientin lange Zeit Chloralhydrat genommen. Bei langsamer Entziehungscur stellten sich vom dritten bis zum virten Tage Delirien ein; man kann diese füglich als Delirium tremens paraldehydicum bezeichnen und zeigt dieser Fall, dass es räthlich sein wird, nicht mehr als höchstens 8—10 Gramm Paraldehyd bei länger fortgesetztem Gebrauche des Mittels pro die zu verabfolgen. M. (Graz).

III. Referate und Kritiken.

219) **L. Landois** (Greifswald): Ueber die Erregung typischer Krampfanfälle nach Behandlung des centralen Nervensystems mit chemischen Substanzen unter besonderer Berücksichtigung der Urämie.

(**Wien. med. Presse Nro. 7, 8 u. 9. 1887.**)

Verf. versucht in einer grossen Reihe von Experimenten an Kaninchen, deren vorläufiges Resultat hier niedergelegt wird, über das Wesen und den Angriffspunkt der urämischen Krämpfe näheren Aufschluss zu gewinnen. Er bringt zu dem Zwecke die für die Erregung der urämischen Symptome gewöhnlich verantwortlich gemachten Ausscheidungsprodukte des Stoffwechsels direkt mit den verschiedenen Theilen des centralen Nervensystems in Berührung.

Zunächst beschreibt er Versuche an der Grosshirnrinde. Bringt man auf die Oberfläche des in der Aethernarkose freigelegten Gehirnes im Bereiche der Frontal- und Parietalregion z. B. der *linken* Seite chemisch reizende Substanzen (z. B. saures phosphorsaures Kalium, Kreatin, Kreatinin, Uratsedimente aus Menschenharn u. A.) so tritt nach Verlauf einiger Minuten ein ganz charakteristischer Krampfanfall ein. Schwaches Vibriren der Kaumuskeln, clonische Zuckungen der rechten Lippen- und Nasenmuskulatur, Augenblinzeln und Ohrbewegungen dieser Seite eröffnen die Scene. Dann erfolgen clonische Zuckungen zunächst der Vorder- dann der Hinterextremitäten und Rumpfmuskeln. Bei stärkeren Krampfanfällen wird neben der Muskulatur der gekreuzten auch *dieselbe* Körperseite, wie bei electrischer Reizung, in Mitleidenschaft gezogen. Die Empfindlichkeit ist überall wohl erhalten, die Athmung nur bei starken Anfällen beeinträchtigt, der Herzschlag ist ungeschwächt. Die Krampfanfälle können sich nach minutenlangen Pausen in ganz typischer Weise sehr oft wiederholen. Verf. beobachtete sie zwei Tage hindurch und darüber, bis sie zuletzt unvollkommen auftraten. Dann zeigten die Thiere in der Zwischenzeit meistens eine grössere Unruhe, liefen viel im Zimmer umher und litten

an Sehstörungen. Die Körpertemperatur war in der Regel erhöht. Manche chemische Substanzen lassen diese Wirkungen gar nicht hervortreten, z. B. der Harnstoff, oder sie erzeugen nur eine leicht zu übersehende paroxysmale geringfügige Vibration der Kaumuskeln, vermehrte Mundbewegungen, Kopfzittern. Werden die chemischen Substanzen beiderseitig auf die Grosshirnoberfläche gebracht, so verfallen die Thiere meist sofort in einen benommenen, apathischen Zustand.

Wesentlich verschieden von dem Bilde bei Grosshirnreizung gestaltet sich naturgemäss dasjenige bei chemischer Reizung der Medulla oblongata. Im Allgemeinen tritt die Reizwirkung hier viel schneller und heftiger hervor, oft unter blitzschnellem Ausbruch allgemeiner *tetanischer* Convulsionen. Auch genügen meist geringere Reizstärken zur Auslösung derselben. Die Reizung geschah stets doppelseitig. Bei schwachen Reizen erfolgte zunächst ein gewisser Grad von spastischer Steifheit bei den Bewegungen der Extremitäten, bei intensiverem Reize verliert das Thier unter Zittern und Wanken alsbald das Gleichgewicht in seiner Körperhaltung, wobei gewöhnlich unwillkürliches Schwanken beider Augäpfel eintritt. Die Athmung ist sehr frequent und vertieft. Herzschlag kann noch unbeeinflusst bleiben. Hält die intensivere Reizung an, so schliesst sich ein allgemeiner tetanischer Krampfanfall sämmtlicher Körpermuskeln an, nach dessen Ablauf noch eine Reihe clonischer Zuckungen erfolgt. Die Empfindlichkeit ist während dieses Vorgangs sehr gesunken, die Athmung kann vollständig aufhören, so dass künstliche Respiration nothwendig wird. Herzschlag jetzt aussetzend, unregelmässig oder klein und frequent. Das Thier kann sich allmählich wieder erholen; zunächst bleibt noch Steifigkeit und Unsicherheit in den Bewegungen zurück. Die Körpertemperatur kann nach dem Anfalle erhöht sein, ist aber meistens bedeutend gesunken. Bei stärker wirkenden Reizmitteln erfolgen unter Aufschrei allgemeine tonische Krämpfe fast momentan, wobei rollende oder wälzende Zwangsbewegungen erfolgen können. Des Vergleiches halber wurde auch das Rückenmark den chemischen Reizmitteln ausgesetzt. Es zeigt sich zuerst eine gewisse spastische Steifigkeit und Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Hinterextremitäten, die sich bis zu einer Art kriechender Locomotion steigern kann. Die Empfindlichkeit erscheint im Hinterkörper erhöht, vielleicht ist spontanes Gefühl von Jucken vorhanden. Weiterhin trat Parese der unterhalb der afficirten Rückenmarksstelle liegenden motorischen Gebiete auf. Im weiteren Verlaufe nimmt die Empfindlichkeit bedeutend ab und auch die Reflexthätigkeit sinkt erheblich. Ueber den Eintritt von Krämpfen und den Verlauf der sensibelen und motorischen Lähmung wurden Versuche an Fröschen gemacht.

Die Erscheinungen des „urämischen Anfalls“ glaubt Verf. nach diesen Versuchen von einer Reizung des motorischen Rindengebietes herzuleiten. Die urämische Amblyopie oder Amaurose wird als Rindenaffection gedeutet, sie beruht auf Lähmung des psychooptischen Centrums. Ferner die Gehörsstörungen, welche eine Lähmung des psychoacustischen Centrums darstellen.

In Betreff der „tetanischen“ Krämpfe muss man an die Reizung der Medulla oblongata denken, da dieselben vom Gehirn aus nicht ausgelöst werden können. Für die Erkenntniss des urämischen Processes beim Menschen scheint es dem Verf. dringend nothwendig, dass umfassende Untersuchungen über das chemische Verhalten der einzelnen Theile des centralen Nervensystems angestellt werden. Wir kommen, nachdem Verf. seine Versuche ausführlich publicirt haben wird, an dieser Stelle noch einmal auf dieses Thema zurück.

Goldstein (Aachen).

---

220) **G. J. Jelgersma:** Idiotie en Dementia paralytica. Verhoudingen van Pons en Nucl. Olivaris tot den hersen. (Ueber das anatomische Verhältniss des Pons und der Olive zu der Pedunculus-Bahn.)

(Psychiatr. Bladen IV 2 und 3.)

J. hat für diese Frage das Verhalten von 4 Präparaten untersucht; einen Fall eines doppelseitigen Abscesses im Stabkranz des Scheitel- und Hinterhauptlappens, wo Degeneration der Leitungsbahn zwischen Grosshirn und Olive, der Olive selbst und ihrer Verbindung mit dem Kleinhirn vorlag; zwei Fälle von Idiotie mit Grosshirn-Windungen-Atrophie, wobei auch die Olive und ihre Leitungsbahn zum Pedunculus degenerirt war; schliesslich einen Fall von Paralyse, wo Atrophie gewisser Ganglienzellengruppen im r. Pons, ventral von der Pyramidenbahn, fast völliges Verschwinden des r. Nucl. arciformis und der Fibr. arciform. extern. zur Raphe vorlag. Er sucht aus diesen Präparaten zu demonstriren, dass von der Stirnrinde Fasern direct zu Kernen im Pons, ventral von der Pyramidenbahn gehen, welche im medialsten Theil der Pes pedunculi verlaufen, während eine andere Bahn von der Temporal-Rinde durch das laterale Drittel des Pedunc.-Fusses zu Ganglienzellen des Pons geht, die zwischen den Pyramiden und der Schleife liegen; dass diese Bahnen sich durch Vermittlung der Pons-Zellen unter Kreuzung mit der entgegengesetzten Hälfte das Kleinhirn verbinden; analog treten zu den Ganglien-Zellen der Olive Fasern, die Pedunculus und Pons durchziehend die Pyramiden quer durchkreuzen, nachdem sie anfangs lateral, zum Theil auch medial paralell mit der Pyramiden-Bahn verlaufen sind. Aus der Olive gehen Fasern gekreuzt zum Nucl. dent. Cerebelli; ebenso verbindet sich auch der Nucl. arciformis mit dem gekreuzten Corp. restif.

Kurella (Owinsk).

---

221) **K. Helweg:** (Studies over de vasemotoriske Nervebaners centrale Forlöb. (Der centrale Verlauf der Gefässnerven.)

(Kjöbenhavn, J. Lund. 1886. 212 S., eine Tafel.)

Die ausgezeichnete gründliche Arbeit giebt den Verlauf einer bisher unbekannten Nervenbahn vom Anfang des dorsalen Rückenmarks bis in den Sehhügel. Der Verf. vermuthet in dieser Bahn die vasomotorischen Nerven und stellt die Hypothese auf, dass ein angeborener Schwächezustand dieser Bahn die anatomische Grundlage der

meisten Psychosen ausmacht. Dies die Hypothese. Die neu entdeckte Bahn fand sich nun im Centralnervensystem von 47 Geisteskranken in zweifacher Ausprägung. Im Rückenmark findet sich 1.) eine wohl begrenzte, dreiseitige Bahn an der Grenze zwischen Vorder- und Seitensträngen, hart an der Peripherie, sodass die äussersten Bündel der vorderen Nervenwurzeln durch dieselbe ziehen. Das Dreieck — Basis an der Peripherie — zeigt sich auf Querschnitten deutlich am Ursprung des 4. Cervicalnerven; an mit Karmin gefärbten Schnitten tritt sie für das blosse Auge als tief rothes Dreieck hervor. Sie führt ausserordentlich feine Nervenfasern und ist frei von allen Zeichen pathologischer Veränderung.

2.) Eine mehr diffuse Bahn in den Seiten- und Vorderstrangresten, mit überwiegend feinen Fasern, deshalb bei Karminfärbung durch tieferes Roth auffallend. Sie lässt sich abwärts bis in die Mitte des Brustmarks verfolgen. („Diffuse Formation"). Beide Bahnen verlaufen zusammen zur Oliva inferior. Diese durchzieht die „dreiseitige Bahn" in ihrem vorderen inneren Theil, während die „diffuse Formation" auf die Umhüllungsmasse der Olive übergeht. Jenseits der Olive verfolgt Verf. ein Bündel sehr feiner Fasern (als Fortsetzung seiner beiden Bahnen) aufwärts in die Haube. Er nennt dies Bündel, „ovale Bahn der Haube".

Diese Bahn liegt nach aussen hinten von der Fortsetzung des Stratum interolivare, vorn begrenzt von den Bündeln des Corpus restif. hinten von dem Seitenstangrest. Das Verhalten dieser Bahn zur Oliva sup. beschreibt Verf. sehr ausführlich unter Mittheilung zahlreicher neuer Thatsachen über die Faserverbindungen der Ol. sup. In der Höhe des Trigiminusursprungs zerfällt sie in einen vorderen schmalen und einen hinteren breiten Theil, weiter oben löst sich noch ein drittes Bündel ab. Die beiden äusseren Bündel gehen theils zur Ol. sup., theils auf einen schrägen Markstreifen: die untere Fortsetzung der Commissura superior; zu der Comm. post. geht auch das dritte Bündel der ovalen Bahn. Die Comm. post. wird nur aus Fasern der beiden (der dreiseitigen und der „diffusen Formation") neuentdeckten Rückenmarksbahnen gebildet.

Verf. sucht dann auf Grund der Angaben von Flechsig, Meynert und Wernicke, seine beiden Bahnen mit den Fasern der Comm. post. nach bestimmten Rindenterritorien zu verfolgen. Die klinische und statistische Analyse der 47 von ihm untersuchten Fälle führt ihn dann zu der Vermuthung, dass die von ihm entdeckte Bahn die Gefässnerven in ihrem centralen Verlauf umfasst — die dreikantige Bahn speciell die Gefässnerven des Hirns, und dass die abnorme Feinheit ihrer Fasern als eine angeborene, zu Psychosen disponirende Abnormität aufzufassen ist. Diese Hypothese begründet das Original geistvoll, gewandt und mit einem grossen Aufgebot von Thatsachen.

Kurella (Owinsk).

---

222) **Spitzka** (New-York): Preliminary communication concerning the decussation of the pyramids. (Vorläufige Mittheilung die Pyramidenkreuzung betreffend.) (The Journal of nerv. & ment. dis. Oct. 1886 p. 727.)

S. beobachtete bei der Untersuchung des Gehirns einer Katze, bei welcher die ganze linke Hemisphäre entfernt worden war, dass, während die Pyramidenbahn im Crus, Pons und der Oblongata vollständig zerstört war, in der Gegend der Kreuzung ein feines Bündel vorhanden war, welches nach der rechten Hälfte der Oblongata zu kreuzte. Es war jedoch der Feinheit des Bündels wegen nicht möglich zu entscheiden, ob es in den Seitenstrang des Rückenmarkes oder in die graue Substanz zwischen den nuclei der Hinterstränge und der formatio reticularis eintrat. Auf eine kurze Strecke hirnwärts verläuft es auf der ventralen Seite der rechten Hälfte der Oblongata.

Die Thatsache, dass keine Spur der linken Pyramide in der Ebene des corpus trapezoides oder des Pons zu finden war, lässt S. vermuthen, dass das betreffende Bündel hirnwärts in die Schleife übergeht, welche, obwohl sehr atrophisch (links) doch noch deutlich vorhanden war.

Diese Beobachtung bildet eine Art Ergänzung einer vor einigen Jahren bei einem Fall von secundärer Degeneration des tractus interolivaris gemachten Beobachtung. (Americ. journ. of neur. & psych: vol. II. Nro. 4). Dort fand Verf., dass das atrophische Gebiet des tractus interolivaris in Verbindung stand mit degenerirten Bündeln, welche er von dem Gebiete der vorderen Pyramide erhielt, deren wirkliche Fasern gesund waren. Solche degenerirte Fasern liessen sich durch die ganze Oblongata bis zur Gegend der Pons verfolgen. Es scheint demnach, dass eine Läsion der Pyramidenbahn bestimmte Fasern, welche (bei der Katze) an der Pyramidenkreuzung theilnahmen, nicht afficirt, während Läsion der Zwischenolivenschicht die Degeneration derselben bewirkt. Es gibt also ein Fasersystem zwischen tractus Pyramidalis und interolivaris, welches an der Pyramidenkreuzung theilnehmend und offenbar aus den nuclei der Hinterstränge entspringend, mit dem tract. interolivaris hirnwärts läuft. Möglicherweise hatte sich Meynert durch die Entdeckung ähnlicher Fasern zu der Annahme seiner sensorischen Kreuzung verleiten lassen. Sollte es sich bestätigen, dass das in der Pyramidenkreuzung erhaltene Bündelchen zu einem Bestandtheil der Pyramidenbahn der anderen Seite wird, so würde dies die Ansicht Steinlechner's Gretichischnikoff's bestätigen, dass es Fasern enthält, welche von einem rückenmarkwärts gelegenen Centrum kommen. Auch würde es die von Rohon aufgestellte Behauptung unterstützen, dass die Pyramiden sich nicht ausschliesslich vom Hirn aus nach abwärts entwickeln, obwohl damit noch nicht das Gegentheil, dass ein Theil von unten nach oben sich entwickelt, bewiesen wird. Aber es würde der Schluss gestattet sein, dass die Pyramidenbahnen noch von anderen Stellen Fasern erhalten, als dies nach der Ansicht von Flechsig der Fall ist.

Koenig (Dalldorf).

---

223) **Spehl** (Bruxelles): De la répartition du sang circulant dans l'encephale. (Die Blutvertheilung im Gehirn.) (L'Encephale 1887. 1.)

Bekanntlich bestehen zwei Ansichten über den Blutgehalt des Gehirns während des Schlafes. Die eine spricht von Anämie, die andere von Hyperämie.

Verfasser verbreitet sich zunächst ausführlich über diese zwei sich gegenüberstehenden Anschauungen und theilt dann seine Versuche mit, die er unternommen hat in der Absicht diese Verschiedenheit klar zu stellen oder auszugleichen.

Er hat an Kaninchen in folgender Weise experimentirt. Mittels der Kette eines Ecrasseurs umschliesst er den Hals des Thieres, zieht dann möglichst plötzlich die Kette zu und trennt dann den Rumpf des Thiers vom Halse ab. Diese Versuche werden angestellt sowohl an wachenden, als an durch Chloral in Schlaf versetzten Thieren. Die in dem Kopf befindliche Blutmasse wird dann gemessen und die Differenzen, die sich bei den so angestellten Versuchen ergeben, bilden die Grundlage der Schlussfolgerungen, die Verf. aufstellt. Der Hauptsatz derselben lautet, dass während des wachen Zustandes mehr Blut im Gehirne sei als während des Schlafes. Die einzelnen Thesen sind folgende:

1. Während des Chloralschlafes ist das Gehirn im Ganzen genommen anämisch.
2. Der Chloralschlaf schliesst sich dem natürlichen Schlaf an, und es ist wahrscheinlich, dass während desselben das Gehirn gleichmässig anämisch ist.
3. Während des Schlafes, des natürlichen sowohl wie des künstlich erzeugten, befinden sich einige Theile des Gehirns im Zustande der Thätigkeit, einige in dem der Ruhe.
4. Die thätigen Gehirnpartien sind hyperämisch, die unthätigen anämisch.

Verf. meint schliesslich, dass die bisher bestandene Differenz in der Anschauung der in Rede stehenden Verhältnisse dadurch hervorgerufen sei, dass bald diese — die thätigen — bald jene — die unthätigen — Gehirntheile beobachtet worden seien.

Erlenmeyer.

---

224) **Deutschmann** (Göttingen): Ueber Neuritis optica, besonders die sogenannte „Stauungspapille“ und deren Zusammenhang mit Gehirnaffectionen. (Jena 1887, G. Fischer, gr. 8⁰. 68 Seiten.)

Nach einer kritischen Beleuchtung der mannigfachen, über die „Stauungspapille“ bestehenden Ansichten, wobei namentlich die Schmidt-Manz'sche Theorie, und die von Schultèn im Verfolg derselben angestellten Experimente besonders ins Auge gefasst werden, theilt Verf. seine eigenen höchst bemerkenswerthen Versuche mit, die er an Kaninchen angestellt hat. Eine Wiedergabe derselben ist an dieser Stelle nicht geboten; ich kann nur auf das Studium derselben im Originale verweisen, wie ich überhaupt das prächtig ausgestattete Buch allseitiger Beachtung empfehle. Verf. kommt auf

Grund seiner pathologisch-anatomischen, klinischen und experimentellen Versuche und einer kritischen Würdigung des vorhandenen literarischen Materials zu folgendem Schlusse:

Die „Stauungspapille ist eine entzündliche Affection; sie ist nicht als das Resultat einer Stauung anzusehen im Sinne der Schmidt-Manz'schen Theorie, sondern sie wird durch die Wirkung entzündungserregender Momente, seien sie rein chemischer, seien sie parasitärer Natur, hervorgerufen. Die Stauungspapille ist somit den übrigen Formen von Neuritis resp. Papillitis gleichwerthig, wie sie im Verlaufe andererer, direkt als entzündlich bekannter Gehirnaffectionen klinisch beobachtet und anerkannt ist; sie ist nur quantitativ von diesen verschieden. Die Hirndrucksteigerung spielt nur eine vermittelnde Rolle, indem sie das Hineingelangen pathogener Stoffe in die Opticusscheidenräume erleichtert; der Hydrops der letzteren ist somit nicht die unmittelbare Ursache der Papillenaffection, höchstens die mittelbare; absolut nöthig ist er als „Hydrops" wenigstens nicht für das Zustandekommen der Papillitis; denn er kann bei letzterer gänzlich fehlen.

Erlenmeyer.

---

225) **Möbius** (Leipzig): Ueber Neuritis puerperalis. (Münch. med. Woch. 1887. Nro. 9.)

Gewisse Gifte haben gewissermassen eine Wahlverwandtschaft zu bestimmten Abschnitten des Nervensystems. So besteht für das Diphtherie-Toxin die Neigung zu einer Combination von Gaumensegellähmung — Ciliarmuskellähmung — Ausfall des Kniephänomens; für das Syphilis-Toxin die Neigung zu der Verbindung von reflectorischer Pupillenstarre — Fehlen des Kniephänomens — reissende Schmerzen — Blasenstörungen.*) Die Localisation der Bleilähmung ist feststehend; für die Alkohollähmung wird in neuerer Zeit die doppelseitige Peronaeuslähmung angegeben; für die Arseniklähmung kommt *vielleicht* eine sensorisch-motorische Störung aller 4 Extremitäten in Betracht.

Als eine neue Form, bei welcher mit annähernder Regelmässigkeit bestimmte Theile befallen werden, die sonst ohne äussere Ursache nicht oft in derselben Weise erkranken, stellt Verf. die nach Pueralerkrankungen auftretende Neuritis auf. Die Endäste des N. medianus oder des N. ulnaris, oder beider Nerven, und zwar sowohl deren sensorische, als deren motorische Fasern erkranken, zuweilen an beiden Händen, häufiger nur an der mehr gebrauchten Rechten. Die Affection beginnt entweder schon im Wochenbette oder eine Woche später, sie kann rasch die ihr zukommende Entwickelung erreichen, oder erst nach längerem Bestehen von Vorläufererscheinungen, zumeist reissenden Schmerzen, sich ausbilden. Die Dauer ist sehr verschieden. Fast immer scheint früher oder später Heilung einzutreten, im schlimmsten Falle, Heilung

*) Bei dieser Gelegenheit möchte ich mit Bezug auf die in neuerer Zeit verbreitete Strümpell'sche Anschauung über das Folge-Verhältniss der Tabes zur Syphilis eine historische Festnagelung vornehmen: Möbius *ist der erste gewesen, der schon vor Jahren die Tabes dorsalis als eine Folgekrankheit der Syphilis bezeichnet hat.* Erlenmeyer.

mit Defect. Die vorausgegangene Puerperalerkrankung kann leicht oder schwer sein. 5 Fälle sind diesen Auseinandersetzungen zu Grunde gelegt. Zweimal hat Verf. eine abweichende Localisation gesehen, einmal Lähmung mehrerer Schultermuskeln, einmal eine diffuse leichte Erkrankung des Plexus brachialis. Myelitis puerperalis gehört nicht hierher; sie dürfte sich zu der Neuritis puerp. verhalten wie Encephalopathia saturnina zur einfachen Bleilähmung.

Erlenmeyer.

---

226) **J. Ross:** On aphasia, being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease. (Ueber Aphasie, ein Beitrag zur Sprachstörung in Folge von Erkrankung des Gehirns.) (Kl. 8°. 128 S., 17 Abbildungen.) (London. J. A. Churchill 1887.)

Der Hauptzweck der uns vorliegenden Arbeit ist, um mit den Worten des Verf. zu reden, die Veröffentlichung einiger von ihm beobachteten interessanter und instructiver Fälle von Aphasie. Leider disponirt R. nicht über die Sectionsbefunde, wodurch natürlich das Interesse, welches die 10 von ihm sehr eingehend beschriebenen Fälle sonst bieten, wesentlich herabgesetzt wird. Immerhin bietet das Buch für jeden, der sich über die verschiedenen Formen der Aphasie, und ihre patholog. anatomischen Ursachen unterrichten will, einen guten Ueberblick. R. behandelt die path. Anatomie und Physiologie dieser Störungen sehr eingehend, gibt dann eine Uebersicht über die wichtigsten bis jetzt aufgestellten Theorieen, deren Verständniss durch Schemata wesentlich erleichtert wird. Seine eigene Theorie weicht insofern von der Ansicht der übrigen Autoren ab, als er die Aphasie und zwar jede Form derselben als die Folge einer „genuinen Paralyse" ansieht.

Den Schluss der Arbeit bilden einige Bemerkungen über die Behandlung der Aphasie. Koenig (Dalldorf).

---

227) **J. Singer:** Ein Fall von traumatischer Aphasie und Monoplegie. (Prager Med. Wochenschr. 1887. Nro. 6.)

Pat. 22 J., zeigt nach einem Hieb, der das linke Schädelbein und die linke Gesichtshälfte traf, complete *motorische Aphasie* und *Lähmung der rechten Oberextremität* mit Ameisenlaufen in der rechten Hand. Intelligenz normal. Gesprochenes wurde verstanden. Auch konnte Pat. mit der linken Hand schreiben und das Geschriebene für sich lesen, dagegen Anfangs nicht eine Druckschrift. Während bei gewöhnlichen mimischen Bewegungen keine Differenz zwischen beiden Gesichtshälften sichtbar war, *blieb bei willkürlicher Innervation der Gesichtsmuskeln die rechte Gesichtshälfte fast glatt.*

Allmähliche Besserung. Bei der Vorstellung 75 Tage nach der Verletzung, war die Sprache noch immer unbeholfen, besonders das rasche Sprechen erschwert. Bewegungen im Schulter- und Ellenbogengelenk normal, im Handgelenk, besonders aber in den Fingergelenken noch sehr unvollständig. Die Prüfung am Dynamometer ergiebt noch

bedeutende Herabsetzung der Druckkraft der Hand. Trotzdem die üblichen Prüfungsmethoden eine Herabsetzung der Sensibilität nicht ergeben ist die Erkennung von Objecten durch die Hand bei geschlossenen Augen nicht möglich. Auch ist der sog. Muskelsinn gestört.

Dehn (Hamburg).

---

228) **O. Kahler** (Prag): Ueber Wurzelneuritis bei tuberculöser Basilarmeningitis. (Vortrag im Verein deutscher Aerzte 21. Jan. 1887. Prager Med. Wochenschrift 1886 Nro. 5.)

Bei der 38 j. Patientin entwickeln sich langsam die gewöhnlichen Erscheinungen einer Basilarmeningitis. Am 9. Tage nach Beginn der Erkrankung tritt *totale rechtsseitige Oculomotoriuslähmung* ein.

Exitus 9 Tage später, nachdem auch andere Lähmungserscheinungen — linker Facialis, rechter Abducens etc. — aufgetreten.

Die Section ergiebt ausser der tuberculösen Basilarmeningitis, die aber nur ein spärliches, blos gelatinöses, gleichmässig an der Hirnbasis verbreitetes Exsudat zeigte, auch allgemeine Miliartuberculose. Am linken Oculomotorius zeigte sich beginnende Neuritis, am rechten dagegen sehr ausgeprägte entzündliche Veränderungen, die ausführlich beschrieben und als Füllung der Spalträume des Peri- und Endoneuriums mit Exsudat gedeutet werden mussten. In den peripheren Theilen der rechten Oculomotoriuswurzel liessen sich solche ausgedehnte Spalträume nicht nachweisen, wohl aber eine Degeneration der Nervenfasern, daneben Hämorrhagieen und kleinzellige Infiltration.

Dehn (Hamburg).

---

229) **Netter** (Paris): De la méningite due au pneumocoque. (Meningitis als Folge des Pneumoniecoccus.) (Arch. gén. de méd. März 1887.)

Der vorerwähnte Pilz, der am häufigsten nur Pneumonie macht, kann jedoch auch, nachdem er dies gethan, Meningitis der Art verursachen, dass sich dieselbe in der Regel im Stadium incrementi der Pneumonie manifestirt.

Vorzugsweise sind es abgeschwächte, im 40.—50. Lebensjahre stehende, häufiger männliche als weibliche Individuen, das erste Kindesalter und das Senium, welche diese Form von Entzündung der Meningen heimsucht.

Dieselbe verläuft in mehr als der Hälfte der Beobachtungen latent oder äussert sich entweder als einfache acute Meningitis oder, wenn die Basis cranii der Sitz der Entzündungsproducte ist, durch Ungleichheit der Pupillen, Mydriasis, Myosis, Strabismus, Ptosis, Nystagmus, Retinitis, sowie noch durch Paralyse des Nerv. facialis und der Muskeln der Kinnbacken.

Steifheit des Nackens und Opisthotonus deuten endlich darauf hin, dass sich der Krankheitsprozess auf die Medulla weiter verbreitet hat.

Die Diagnose der pneumonischen Meningitis, die gewöhnlich rasch

einen tödtlichen Ausgang herbeiführt, wird im Verein mit den oben erwähnten ätiologischen Momenten durch die cerebralen Störungen entschieden (? ?).

Ist Hemiplegie oder Steifheit des Nackens vorhanden, so wird die Gegenwart jener Infectionskrankheit in hohem Grade wahrscheinlich, selbst dann noch, wenn diese Zeichen fehlen und eine pneumonische Endocarditis vorliegt, weil diese in der Mehrzahl der Fälle mit jener einhergeht. Pauli (Köln).

---

230) **Henry Wilcox** (Woolwich): A case of albuminuria; death resulting from acute oedema of the brain. (Ein Fall von Albuminurie; Tod in Folge von acutem Oedem des Gehirns.)
(The Lancet. 4. Dez. 1886.)

An einen in der Ueberschrift qualificirten Fall werden folgende Bemerkungen geknüpft:

Die normale, sogar etwas vermehrte Harnabsonderung, das plötzlich erschienene Coma, dem intensive Schmerzen im Hinterkopfe vorausgingen, die stark pulsirende Carotiden, der volle, nicht zusammendrückbare Puls beim Beginn des Schlafanfalls, die Temperaturschwankungen, wie wir sie bei cerebralen Hämorrhagien mit tödtlichem Ausgange innerhalb 24 Stunden beobachten, sprechen dafür, dass derselbe nicht die Folge einer Intoxication, sondern eines plötzlich entstandenen acuten Oedems des Gehirns, wahrscheinlich mit Erguss in dessen Ventrikel, gewesen ist. Pauli (Köln).

---

231) **E. Leyden** (Berlin): Ueber Herzaffectionen bei der Tabes dorsalis. (Centralbl. für klin. Medicin 1887. Nro. 1.)

Verf. hält trotz des relativ häufigen Zusammentreffens von Klappenfehlern und Tabes einen inneren Zusammenhang zwischen beiden, wie ihn namentlich Berger und Rosenbach vermuthen, für unwahrscheinlich. Dagegen scheinen ihm die nur selten beobachteten Herzanfälle, Beklemmung mit Schmerz und Angstgefühl, von grösserem Interesse zu sein. Sie haben Aehnlichkeit mit der Angina pectoris und können auf eine neuralgische Betheiligung des N. vagus bezogen werden. Verf. theilt 4 Beobachtungen in nuce mit. Fall 1 betraf einen 36 jährigen Redakteur, welcher seit 2 Jahren an Tabes im ersten Stadium litt. Er klagt über zeitweise auftretende Herzbeschwerden, Gefühl von Druck im Jugulum $^1/_4$—1 Stunde lang. Währenddem Aussetzen des Pulses vorhanden. Herztöne rein. Fall 2. 38jähriger Militairinvalide leidet seit dem Feldzuge an reissenden Schmerzen, die sich mit der Zeit zu deutlicher Tabes dorsalis ausbilden. Nach anstrengendem Marsche erster Herzanfall. Später durchschnittlich alle 3—4 Wochen ein Anfall. Er beginnt mit heftigen Schmerzen in der Herzgegend. Pat. schildert das Gefühl so, als ob ihm das Herz den Brustkorb nach der linken Achselhöhle durchbrechen wollte. Fall 3 leidet seit 1871 an langsam fortschreitender Tabes. Im Jahre 1883 Larynxkrisen, anfangs mit Spasmus glottidis verbunden. Im Winter

1884 Anfälle von Schwindel mit hochgradigem Angstgefühl, meist von kurzer Dauer. Gesicht auffallend blass, Puls klein und schwach, Hände kühl, Stechen in Herzgegend. Herzstoss ist schwach, Herztöne dumpf, aber rein. Später besserten sich die Anfälle. Fall 4 ein Major a. D. 44 Jahre alt, litt seit dem Feldzuge an einer Tabes dorsalis von mässiger Intensität. 1883 Arthropathie des linken Kniegelenkes. 1884 Anfälle, die von der Umgebung als „Starrkrämpfe" bezeichnet wurden. Plötzliches Ohnmachts und Schwindelgefühl, hochgradige Angst, Schmerzen in der Herzgegend, Gesicht blass, kalt, halb bewusstlos. Am 1. August musste Pat. sich legen. Zustand verschlimmerte sich, Schwindel- und Angstgefühl steigerten sich. Athemnoth, drückender Schmerz in Herzgegend. Nach 2 Tagen Exitus letalis.

Die Beobachtungen lehren, dass im Laufe der Tabes das Herz in Anfällen, annalog den Laryngo- und Broncho-Krisen, betheiligt sein kann. Der Complex entspricht der Angina pectoris. Wir haben es dabei höchst wahrscheinlich mit neuralgischen Anfällen im Bereiche der Herznerven des Vagus zu thun. Veränderungen am Herzen selbst sind bislang nicht gefunden. Wohl aber beweisen Oppenheim's Untersuchungen, dass der N. vagus von dem Processe der Degeneration ergriffen werden kann. Goldstein (Aachen).

---

232) **Paul Sandoz** (La Chaux-de-Fonds): Beitrag zur Symptomatologie der Tabes dorsalis. Ileus im Verlaufe desselben.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1887, Nro 2.)

Pat., ein 55j. Uhrenfabrikant, bei dem die vorgenommene Untersuchung die Initialsymptome der Tabes — seit cca. 18 Mon. anfallsweise auftretende Neuralgieen in den Unterextremitäten, Parästhesieen und verminderte Sensibilität in den Fusssohlen, Verlangsamung der Tastempfindungen, enge ungleiche Pupillen, die auf Lichteinfall nicht reagiren, Fehlen der Patellarreflexe, Schwanken bei geschlossenen Augen, in der letzten Zeit vorübergehend Diplopie — nachgewiesen. Verf. wird wegen den Erscheinungen einer Crise gastrique — heftige Leibschmerzen mit unaufhörlichen Erbrechen und Tenesmus — gerufen. Nach Beruhigung der Schmerzen am zweiten Tage dauern Erbrechen und Obstipation fort, der Meteorismus nimmt zu, es entsteht anhaltender Singultus und am 5. Tage nimmt das Erbrechen faeculenten Character an. Kussmaul'sche Magenausspülungen bringen Erleichterung, doch nur eine Pause im Kothbrechen und Singultus. Erst nachdem das Kothbrechen 10 Tage gedauert, der Meteorismus einen enormen Grad erreicht, die Schwäche ausserordentlich gross geworden und mehrere Tage eine Anregung der Darmmuskulatur durch faradische Ströme versucht worden, erfolgt endlich eine halbe Stunde nach der letzten Magenausspülung Gasentleerung und bald darauf massenhafter Stuhlgang. Danach fortschreitende Genesung.

Den guten Ausgang schreibt Verf. den Magenausspülungen zu.

Dehn (Hamburg).

---

233) **E. A. Homén**: Om Paramyoclon. multipl. (Paramyoclonus multiplex). (Finska Läkaresällskapets Handl. 29. 1. Heft 15 Seiten.)

Friedreich hat eine eigenthümliche Krampfform zuerst unter diesem Namen beschrieben, (Virchow's Arch. Bd. 86 p. 421) er bezeichnete sie als eine Schreckneurose. Seitdem sind im ganzen 4 weitere Fälle beschrieben worden. Ein von dem Friedreich'schen Typus etwas abweichender Fall ist der Homéns; ein 45 jähriger Bauer, (Vater Potator) bis auf Malaria im 13. Lebensjahre stets gesund; 16 Jahre alt wurde er durch einen Streich seiner Freunde aus dem Schlaf geweckt und durch die Situation, in der er erwachte, heftig erschreckt; er verlor das Bewusstsein und fiel in Krämpfe. Seitdem bestehen, allmählich zunehmend, bei ihm eigenthümliche clonische Zuckungen gewisser Muskeln; diese machen aber auch das ganze Symptomenbild aus; die Muskeln sind nicht atrophisch, electrisch normal erregbar; die Sehnenreflexe nicht erhöht, die Coordination nicht gestört, die Sprache normal, Sensibilität und Psyche ganz frei. Der Clonus befällt: supinator l., biceps, deltoides, triceps und die Extensoren der Hand; seltner den quadriceps femoris; noch seltner semitendinosus, semimembranosus und die Gluttaeen; zeitweise auch Diaphragma und Bauch-Rückenmuskeln, sowie das Facialisgebiet. Die Zuckungen geschehen bilateral-symmetrisch, beiderseits fast synchron. bald an mehreren, bald nur an einem Muskelpaar; dabei zuckt der Muskel in seiner Totalität; sie erfolgen in einer, oft bis zum Tetanus des Muskels ansteigenden Reihe von 80—100 Zuckungen in der Minute, befallen nach einander regellos die verschiedensten Muskeln, hören oft für eine $1/4$—$1/2$ Stunde ganz auf, werden durch kleine Dosen Alcohol sehr vermindert, fehlen im Schlaf, steigern sich aber vor dem Einschlafen, beim Sprechen und am Rumpf und den unteren Extremitäten bei Bewegungen. Auch Affecte (nur Unlustaffecte? Ref.) schienen Ausbreitung und Intensität der Zuckungen zu steigern. Die Effecte der Zuckungen sind sehr wechselnd, bald fehlen Bewegungen ganz, bald sind sie stark genug den Kranken brüsk umzuwerfen.

Homén sucht den Sitz der Affection in motorischen Kernen des Rückenmarks und der Oblongata. Patient blieb 2 Wochen im Hospital und wurde galvanisirt: bei der Entlassung hatte sich nichts geändert.

Kurella (Owinsk).

---

234) **Weill** (Paris): De l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide. (Ueber physiologische und therapeutische Wirkung des Antifebrin.) (Bullet. gén. de Thérap. 4. 1887.)

Antifebrin übt auf das Nervensystem eine erhebliche Wirkung aus, sich äussernd in Collapserscheinungen nach kurzer Excitationsperiode. Ferner tritt nach demselben allgemeine Anästhesie und Analgesie ein. Ebenso macht sich eine Modification der Functionen des Herzens und Circulationsapparates bemerkbar, desgleichen Herabsetzung der centralen und peripherischen Temperatur.

Zwei Epileptiker nahmen das Mittel in Dosen von 1,5 pro die

und haben keine Anfälle mehr; es muss jedoch bemerkt werden, dass mit dieser Behandlung erst vor 4 Wochen begonnen worden ist.

In vielen Fällen scheint das Antifebrin das Bromkalium als Nervinum vortheilhaft zu ersetzen. So bewährte es sich 2 Male gegen die blitzartigen Schmerzen bei Tabes.

Bei nervösen Affectionen zeigt Antifebrin gar keinen Einfluss auf die Temperatur, fast niemals treten Schweisse ein und die Verdauungsorgane bleiben intact. Es müssen aber höhere Dosen gegeben werden als bei fieberhaften Krankheiten. Man kann mit 1,0 in 2 Malen beginnen und schnell auf 2,0 in 24 Stunden steigen.

Rabow (Berlin).

---

235) **P. J. Möbius:** Ueber neuere electrotherapeutische Arbeiten. 3. Folge. (Schmidt's Jahrb. der ges. Medicin. Bd. CCXIII. pag. 73. 1887.)

Aus der Feder des bekannten Neuropatholgen haben wir hier eine mit eminentem Fleisse und grosser Sachkenntniss verfasste Zusammenstellung und Kritik der neueren Arbeiten über Electrotherapie vor uns. Nicht weniger als 206 Originalarbeiten sind aufgezählt und je nach ihrem Interesse länger oder kürzer besprochen worden. Wir machen unsere Leser, die auf diesem Gebiet arbeiten und sich über den Stand der Dinge unterrichten wollen, auf diese werthvolle Arbeit aufmerksam.

Goldstein (Aachen).

---

236) **Wollner** (Fürth): Ein Fall von Chorea minor mit Antipyrin behandelt. (Münch. Med. Wochschr. 1887, Nro. 5.)

14 Tage nach dem Beginn eines leichten in wenigen Tagen verlaufenen acuten Gelenkrheumatismus trat bei einem 16 jährigen etwas chlorotischen Mädchen eine sich allmählich innerhalb 6 Tagen zu enormer Heftigkeit steigende *Chorea minor* auf. Nach vergeblicher Anwendung verschiedener Mittel — Kalium brom., Propylamin, Natr. salicyl. — wurde dreimal täglich 1 grm. *Antipyrin* gereicht, und zwar mit sofortigem glänzendem Erfolge, so dass nach 12 Tagen sämmtliche Erscheinungen vollständig geschwunden waren.

Dehn (Hamburg).

---

237) **Stephen Mackenzie:** Reports of the collective investigation committee of the British medical association. Report on inquiry Nro. II. Chorea. (Berichte des Commités für die Sammelforschungen der British medical Association. Bericht Nro. II. Chorea.) (British med. journ. 26. Febr. 1887.)

Die Untersuchungen erstrecken sich über ein Material von 439 Fällen, welche nach Massgabe sehr ausführlicher, 21 Abtheilungen umfassender Fragebögen beschrieben wurden.

Aus dem reichen statistischen Materiale, welches auf diese Weise gewonnen wurde, können hier nur die wichtigsten Ergebnisse kurz wiedergegeben werden.

Geschlecht: Von den 439 Fällen gehörten 114 dem männlichen, 322 dem weiblichen Geschlechte an; bei 3 fehlte die Angabe. Die

Zahl der männlichen Fälle verhält sich danach zu der der weiblichen wie 1 : 2,8.

Alter: Von den 439 Fällen kommen auf die erste Semidecade 6 Fälle, auf die 2. 149, auf die 3. 191, 4. 71, 5. 10, 6. 2, darüber hinaus 8 Fälle. Danach kommen auf das 5. bis 15. Lebensjahr über 77% der Fälle. Der jüngste Fall betraf ein Mädchen von 3, der älteste eine Frau von 86 Jahren.

Sociale Verhältnisse: Auf die niederen Stände kommen 70,46%, auf die mittleren 26,7%, auf die oberen Klassen 2,7% der Fälle. Das Ueberwiegen der Betheiligung des weiblichen Geschlechts fand nur bei den niederen Ständen statt, bei den mittleren überwog das männliche, in den höheren war die Betheiligung fast gleich.

Ernährung und *Muskulatur:* Die hierher gehörigen Zahlen ergeben im Allgemeinen ein umgekehrtes Verhältniss zwischen dem Stande der körperlichen Entwicklung und dem %Satze der Erkrankungen an Chorea.

Psychisches Verhalten: Die Intelligenz war normal in 67,8%, über dem Normalen in 13%, unter demselben in 7% der Fälle.

Der Beginn der *Menstruation* war nachweislich von keiner erheblichen Bedeutung für die Entstehung der Krankheit.

7 Fälle von Chorea begannen während der *Schwangerschaft.*

Recidive. Unter den registrirten Fällen befinden sich 306 von erster Erkrankung, 80 erste Recidive, 18 zweite, 7 dritte und 13 noch häufiger wiederholte Recidive.

Vorgängige Erkrankungen: Gelenkrheumatismus in 116 Fällen = 26%; fügt man hierzu noch 26 Fälle von wahrscheinlich vorangegangenem Gelenkrheumatismus, so kommt man auf 32,5%. Hierzu kommen weitere 26 Fälle, in welchen der Gelenkrheumatismus während oder unmittelbar nach der Chorea auftrat.

Von jenen 116 Fällen waren 50 = 30% mit Herzaffectionen behaftet, bei weiteren 17 bestanden unreine Herztöne.

Scharlach ging in 29%, Masern in 26%, Anämie in 20% der Fälle voraus.

Ursächliche Momente: Nervöse Ursachen verschiedener Art 222 Fälle oder 50%, darunter 98 Fälle von Schreck, wovon 17 Fälle von „Schock“ wohl kaum zu trennen sind und 71 Fälle von geistiger Ueberanstrengung.

Die Zeit, welche zwischen dem Schreck und dem Beginn der Krankheit lag, ist in 76 Fällen angegeben. Unmittelbar danach begann dieselbe in 6, nach wenigen Stunden in 7, nach 1 Tage in 5, nach 2—7 Tagen in 26, nach 1—2 Wochen in 10, darüber hinaus in 22 Fällen.

Charakter der Anfälle: Derselbe wird bezeichnet als mild in 18%, als mittelschwer in 42%, als schwer in 36% der Fälle.

In 30 Fällen wird die Ch. als völlig oder vorwiegend eine Seite betreffend angegeben, und zwar 10 mal die rechte, 13 mal die linke, 7 mal ohne Bezeichnung.

Die *Dauer des Anfalles* ist in 398 Fällen angegeben. Dieselbe

betrug 1 Woche in 4, 2 W. in 13, 3 W. in 22, 4 W. in 32, 5—8 W. in 133, bis zu 3 Monaten in 95, bis zu 4 Monaten in 44, bis zu 6 Monaten in 32, darüber hinaus in 23 Fällen.

Die grösste Frequenz, 57% der Fälle, findet sich zwischen 4 und 12 Wochen Dauer.

Ausgang. Todesfälle während des Bestehens der Krankheit wurden 9 beobachtet = 2%, fast ausnahmslos in Folge von Complicationen Seitens des Herzens.

Herzaffectionen wurden im Verlaufe der Krankheit constatirt in 142 Fällen = 32%, unbestimmte Herzsymptome wurden ausserdem beobachtet in 73 Fällen oder 16%. Reine Mitralfehler bestanden in 116, reine Aortenfehler in 6 Fällen.

Unter jenen 142 Fällen von Herzfehlern waren 71 oder 50% mit vorangegangenem Gelenkrheumatismus und 18 oder 12% mit Gelenkschmerzen.

Gelenkrheumatismus bestand während oder unmittelbar nach dem Anfalle sicher in 56, wahrscheinlich in 11 Fällen, zusammen 15%.

Von *anderen Complicationen* werden angeführt: Kopfschmerzen und Migräne 79, Hysterie 5, Schlaflosigkeit 4, Delirium 1, Armlähmung 1, Neuralgie 3, Articulationsstörungen 4, Epilepsie 2, Somnambulismus 2 mal; ferner folgende Exantheme: Urticaria 4, Erythem 3, Haemorrhagien 1, Pityriasis rubra 1, bullöses Exanthem (nach Arsenik) 1 mal. Andere Complicationen sind von geringerem Interesse.

Hereditäre Anlage. Neuropathische Antecedentien wurden in 202 Fällen = 46% gefunden, darunter 63 mal Chorea, 17 mal Geisteskrankheiten, 35 mal Epilepsie, 33 mal Hysterie, 11 mal Trunksucht des Vaters.

199 mal oder 45% war in der Familie Gelenkrheumatismus vorgekommen.

Ueber die Erfolge der eingeschlagenen *Therapie* ist wenig positives zu sagen, zumal in den meisten Fällen mehrere Medicamente gegeben wurden.

Ein Arzt, welcher nur gute Diät verordnete, erzielte bei seinen 4 Fällen Heilung ohne Complicationen in durchschnittlich 10 Wochen.

Arsen ist oft von unbestreitbarem Erfolge, lässt aber in recht vielen Fällen gänzlich im Stiche.

In 7 Fällen mit gleichzeitig bestehendem Gelenkrheumatismus erwiesen sich Salicylpräparate von verschiedenem, zum Theil von überraschendem Erfolge auch bez. der Chorea.

Die 5 Fälle, in welchen Eisen ausschliesslich angewandt wurde, lassen keinerlei Schluss auf die Wirksamkeit desselben zu.

Nagel (Halle a. S.).

---

238) **Serreins**: Nervöse Phänomene des Gesichts reflectorischer Natur in Folge einer Verwundung des Kopfes. (Union médicale Nro. 173 1886.)

Im Anschluss an vier andere, bereits vor Jahren in seiner Dissertation mitgetheilte, Beispiele, erzählt S. einen Krankheitsfall, den er bei einem 59 jährigen Arbeiter beobachtete. Durch einen Fall war

eine 15 Centimeter lange Lappenwunde über der linken Parietalgegend entstanden, bei welcher zwei Tage später die Entfernung des halben brandigen Lappens nöthig wurde. Am vierten Tage Unmöglichkeit den Mund zu öffnen, Kiefer-Klemme, Contractur der linken unteren Gesichtshälfte. Dagegen schien das Auge nur durch paralytische Ptosis geschlossen. Später Stechen an der linken Mundseite und Schmerz zwischen den Schulterblättern namentlich bei Bewegung. Mit der Heilung der Wunde, anscheinend unbeeinflusst durch medicamentöse Mittel (Chloral, Bromkalium, Urethan) schwinden diese nervösen Zeichen bis etwa zum 24. Tage nach der Verwundung. Aus seinen fünf Fällen zieht Verfasser die Formel: Jede Verwundung am Kopf kann zu Erscheinungen von Lähmung und Contractur derselben Gesichtsseite Veranlassung geben. Er hält die Erscheinungen für reflectorischer Natur. Rohden (Oeynhausen).

---

239) **Schiffers** (Liège): De l'hémiatrophie de la langue. (Hemiatrophie der Zunge.) (Revue de médicine de laryngologie et d'otologie April 1886.)

Atrophie der rechten Zungenhälfte begleitet von einer Lähmung der Chorda vocalis inferior rechts und von einem hartnäckigen Reflexhusten. Ataxie locomotrice war nicht vorhanden.

Rohden (Oeynhausen).

---

240) **H. Bendelack Hewetson** (Leeds): General neuroses having an ophthalmic origin. (Neurosen in Folge von Sehstörungen.) (The Lancet. 27. Nov. 1886.)

Wie bekannt, sind gewisse Augenleiden, vorzugsweise Hypermetropie und Astigmatismus, besonders dazu angethan, eine Reihe von Störungen des Nervensystems zu verursachen.

Unter diesen nehmen Kopfschmerzen und Migräne die erste Stelle ein, wozu sich Neuralgien des Hinterkopfs und Nackens dann gern gesellen, wenn Neurasthenie dabei mit concurrirt.

Dass unter solchen Umständen, am meisten in Folge der consecutiven Insomnie, in hohem Grade das Nervensystem Noth leidet sowie dass die Entwicklung desselben zurückbleibt, liegt auf der Hand.

Daher soll man, um derartigen oft nicht wieder zu reparirenden Schäden vorzubeugen, so früh wie möglich darauf Bedacht nehmen, durch geeignete Augengläser das idiopathische Leiden zu corrigiren.

Zwei mitgetheilte Fälle illustriren diese Angaben.

Pauli (Köln).

---

241) **Uhthoff** (Berlin): Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alkoholismus auf das menschliche Sehorgan. (Graefe's Arch. f. Ophthalm. Bd. XXXII., Abtheil. 3.)

Auf Grund der mikroskopisch-anatomischen Untersuchung der Sehnerven bei 7, theils auf der psychiatrischen Klinik der Berliner Charité, theils in der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf während vieler Jahre beobachteten Fällen von *chronischem Alkoholismus* bestä-

tigt Verf. die bereits von Erisman, Samelsohn, Nettleship, Vossius und Bunge gefundene Thatsache, dass es sich bei der *functionell* durch das Auftreten *centraler Gesichtsfeldscotome, ophthalmoskopisch* durch *Abblassung der temporalen Papillenhälften* gekennzeichneten Erkrankung des Sehapparates in Folge von Alkoholmissbrauch um eine *interstitielle retrobulbaere Neuritis* des *nervus opticus* mit der Tendenz zu *Schrumpfung* und zu *secundärer Atrophie* der *Nervenfasern* handelt. Betroffen sind stets die *macularen* Opticusfasern, deren Verlauf im Opticusstamm und in der Pupille auf diese Weise genau verfolgt werden kann. Während dieselben in der *Papille* in Form eines mit der Basis nach aussen, mit der Spitze nach den Centralgefässen hin gerichteten *Keiles* angeordnet sind, nehmen sie sehr bald *retrobulbär Halbmondform* an, um hinter dem Eintritt der *Centralgefässe* allmählich in die *aufrecht ovale Form* überzugehen und in die Mitte des Sehnervenstammes zu rücken. Der erste Fall, welcher eine Untersuchung auch des *intracraniellen nervus opticus, chiasma* und *tractus* gestattete, liess eine Fortsetzung des secundären degenerirenden Prozesses auch auf diesen Theil, olso eine *einfache aufsteigende Atrophie* der Nervenfasern erkennen. Der 2. Theil der Arbeit enthält die Ergebnisse der ophthalmologischen Untersuchung bei 1000 Patienten mit schwerem Alkoholismus, welche durch übersichtliche Tabellen dargestellt sind.

Daraus hervorzuheben ist die diagnostisch wichtige Bedeutung der *weisslichen Verfärbung der temporalen Papillentheile (temporale Abblassung der Papillen)*, welche sich unter diesen 1000 Kranken 139 Mal, also in 13,9% von Alkoholisten vorfand. Der Schluss der interessanten Arbeit, welcher das *Verhältniss* der *Alkoholamblyopie* zu den übrigen *Intoxicationsamblyopien*, sowie zur *idiopathischen retrobulbären Neuritis* behandeln soll, folgt in einem späteren Heft derselben Zeitschrift. Hirschmann.

---

242) **Nieden** (Bochum): Ein Fall von Lesescheu, Dyslexie (Dysanagnosie) mit Sectionsbefund.

(Archiv f. Augenheilk. v. Knapp u. Schweigger, Band XVII, Heft 2.)

Ein 39jähriger, bislang gesunder Maler fällt plötzlich Morgens nach gutem Schlafe in einen mit heftigen clonischen Krämpfen und Bewusstseinsverlust einhergehenden *eclamptischen Anfall*, der ca. 1/2 Stunde dauert und ausser dumpfem Kopfschmerz und allgemeiner Schwäche keine bleibende Störung zurücklässt. Nach 8 Tagen wiederholt sich der Anfall mit gleichen Symptomen und ähnlichem Verlauf. Seitdem besteht bei dem Pat. das Unvermögen, eine Reihe von Worten hinter einander zu lesen. Bei dem Versuche, mehr als vier Worte im Zusammenhang zu lesen, stellt sich eine auf den Nachlass der geistigen Perceptionsfähigkeit beruhende *Lesescheu* ein, die ihn zwingt, den Blick von der Schrift abzuwenden; forcirte Anstrengung bringt Ohnmachtsanfall hervor. Nach kurzer Pause dasselbe Spiel. Dabei ergiebt die Untersuchung der Augen, von geringer Hypermetropie abgesehen, normale Verhältnisse: volle Sehschärfe, gute Accommodation,

freies Gesichtsfeld, normalen ophthalmoscopischen Befund. Infolge eines intercurrenten Magendarmcatarrhes kommt er nach ca. 6 Wochen zu auffallend raschem Verfall der Kräfte, an den sich periodisch wiederkehrende *soporöse* Zustände anschliessen. Vorübergehend zeigt sich während 24 Stunden *Blasenlähmung* und *Parese des Facialis und der rechtsseitigen Extremitäten.* Bald darauf, etwa 2 Monate nach dem ersten Krampfanfalle erfolgt der Tod in tiefem Sopor.

Die *Section* ergiebt *3 apoplectische Herde* in der Gegend des *linken corp. striatum,* die sich in verschieden weit vorgeschrittenem Stadium befinden:

Der grösste Herd von Wallnussform, im vordersten Theil gelegen und im Zustande der *gelben Erweichung* hat das Marklager nach vorn bis an die Rinde zerstört *(erster eclamptischer Anfall).*

Der zweite, kleinere, sich nach oben und hinten an den ersten anschliessend und die Zeichen der *rothen Erweichung* tragend, hat die subcorticale Markmasse in der Gegend der Broca'schen *Stirnwindung* ergriffen, ohne an die Rinde selbst heranzureichen *(2. eclamptischer Anfall und Lesestörung).*

Der dritte Herd, jüngsten Datums, nimmt die Mitte des *Linsenkerns* ein und besteht aus frischen Blutgerinseln *(die passagere rechtseitige Parese).*

Diese Krankengeschichte vervollständigt in bemerkenswerther Weise die Publikation Berlin's („Ueber Dyslexie", Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Neurol. und Irrenärzte 17. Juni 1883 Baden-Baden), der das Symptom zuerst an 6 Fällen beobachtete.

Die Störung, durch die oben angegebenen charakteristischen Merkmale (durch geistige Unlust bedingtes Unvermögen, eine Reihe von Worten zu lesen, bei normalem Augenbefund) von den als *Asthenopie* bekannten Krankheitserscheinungen wohl unterscheidbar, ist das *Initialsymptom* einer *cerebralen Affection,* die im spätern Gefolge meist zu *rechtsseitigen Lähmungserscheinungen* (Hemiplegie, Hemianopsie, Parästhesie, Aphasie) führt, also auf die *linke Hirnhemisphäre* hinweist, und ausnahmslos *letal* endet. Hirschmann.

---

243) **Neusser** (Wien): Ueber Pellagra in Oesterreich und Rumänien. (Verhandl. d. K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Januar 1887. Münch. Med. Wchschrift Nro. 4.)

Die im Auftrage des Unterichtsministeriums unternommenen Untersuchungen N's. ergaben in mancher Beziehung bemerkenswerthe Resultate.

In Oestereich kommen nach Verf. auf 36588 Bewohner Friauls in 1886 1068, d. i. cra. 3% Pellagrafälle, worunter 96, d. i. 9% Irrsinnige.

Unter den *Symptomen,* die im Wesentlichen übereinstimmend mit den Darstellungen anderer Beobachter geschildert werden, möge hervorgehoben werden die Steigerung der Sehnenreflexe, manchmal nur an den oberen Extremitäten bei gleichzeitigem Fehlen an den unteren. Eine grosse diagnostische Bedeutung legt Verf. der Zunge bei, der

tiefe Einkerbungen zwischen den Pupillen das Aussehen eines Schachbretts geben.

Complicationen kommen mit Typhus, Alcoholismus, am häufigsten mit Malaria, höchst selten mit Tuberculose, aber sehr häufig mit Syphilis vor. Während der Lactation kommt die Pellagra zum acuten Ausbruch.

P. kommt nach Verf. in folgenden *Haupttypen* vor: 1) Als functionelle Geisteskrankheit. 2) Unter dem Bilde einer amyotrophischen Seitenstrangsclerose. 3) Unter dem Bilde der Tetanie. 4) Als Meningitis. 5) Als Gastro-enteritis resp. folliculäre Darmverschwürung oder Dysentrie. 6) Als chronische Degeneration der Organe mit consecutiver Atrophie derselben. 7) In Form der essentiellen Cachexie resp. Anämie. 8) Unter dem Bilde des M. Addisoni und zwar auch bei blonden und nichtmalarischen Individuen. 9) Als eine Dermatose. 10) Als Pellagra sine Pellagra, d. i. Ausbildung der übrigen Erscheinungen mit Ausnahme derjenigen der Haut.

Verf. schliesst sich in Betreff der *Aetiologie* denen an, die einen directen Zusammenhang mit dem Genuss von Mais annehmen. Es sollen aber ihm zufolge *zwei* Factoren zusammenwirken: 1) die *verdorbene* Polenta, 2) der Zustand des Darms, indem normal fungirende Verdauungsorgane die im verdorbenen Mais enthaltenen Vorstufen der pellagrogenen Gifte verdauen oder ausscheiden, während die veränderten Verdauungssäfte diese Vorstufen zu heftigen Giften umwandeln, so dass eine intestinale Selbstvergiftung eintritt. Es könnte dies durch Oxydation oder durch Spaltung zu Stande kommen. Am schwierigsten ist die Erklärung der P. *ohne* Mais. die sicher vorkommt. Verf. deutet die Möglichkeit an, dass ein aus schlechtem Mais bereiteter Schnaps Träger des Pellagragiftes sein könne. Diese Ansicht findet eine Stütze in Verf.'s Untersuchungen der Destillate des verdorbenen *sauren* Maises, in welchen Verf. einen sehr flüchtigen aldehydartigen Körper fand, der Frösche unter progressiv zunehmender Lähmung und Narcose tödtete. Dies könnte mit der oben angeführten Selbstvergiftung im Einklang stehen.

Diesen Ansichten entsprechend sind die von N. vorgeschlagenen prophylactischen Massregeln, die theils den Genuss unreifen, verdorbenen Maises verhindern. theils die Infectionsmöglichkeit durch Alcoholica und den Einfluss einer besseren allgemeinen Gesundheitspflege berücksichtigen. Dehn (Hamburg).

---

244) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Ueber Neurasthenia sexualis beim Manne. (Wiener Mediz. Presse 1887, Nro. 5 u. 6.)

Verf. geht von der Ansicht aus, dass die sexuelle Neurasthenie in der Mehrzahl der Fälle ihren Ausgangspunkt von krankhaften Veränderungen der Genitalorgane — Hyperämie und Catarrh des Urogenitalschlauches und daraus entstandene Hyperästhesie der Nerven der Urethra — nimmt, und dass erst durch diese das Lendenmarkscentrum in gesteigerte Erregbarkeit und reizbare Schwäche versetzt werde. Dem entsprechend beschreibt er *drei* Stadien der sex. N. nämlich die *ge-*

nitale Localneurose, die *Lendenmarksneurose* und drittens die *allgemeine spinale Asthenie*. Im *ersten* Stadium, wo physiologisches und pathologisches Gebiet anfangs noch durch unmerkliche Grenzen getrennt sind, bestehen die Symptome in häufigen unfreiwilligen Samenergiessungen bei erigirtem Penis während des Schlafes, in präcipitirter Ejaculation beim Coitus und in localen Beschwerden, abhängig von den organischen und functionellen Veränderungen in den Genitalorganen. Entsprechend diesen Anschauungen ist auch die Behandlung in diesem Stadium vorwiegend eine periphere: Kühlsonde, Adstringentien etc., unterstützt durch Halbbäder, Sitzbäder, galvanische Behandlung. Dabei entsprechende Diät und meistens Abstinenz.

Im *zweiten* Stadium sind die Centren im Lendenmark andauernd im Zustande reizbarer Schwäche. Hier werden hydropathische Proceduren und galvanische Behandlung längs des Rückens empfohlen, während die allgemeine Faradisation als Aphrodisiacum bezeichnet und verworfen wird. Unter den medicamentösen Mitteln empfiehlt Verf. ausser den bekannten Tonicis auch die Damiana s. Turnera aphrodisiaca (als Fluidextract bis zu 6 grm. tägl.), ferner Sedativa, vor Allen grössere Dosen der Bromsalze.

Im *dritten* Stadium, das wahrscheinlich nur von neuropathisch constituirten Persönlichkeiten erreicht wird, tritt bei Einigen gleich cerebrale, bei Andern zunächst spinale oder Neurasthenia cordis oder gastrica ein.

Hier treten an Stelle paralgischer und neuralgischer Beschwerden im Bereiche der Genitalnerven vielfach Parästhesieen und Anästhesieen der äusseren Genitalien auf, während die Hyperästhesia urethrae fortbestehen kann. Hier hat die Behandlung ausser den Indicationen des ersten und zweiten Stadiums auch dem allgemeinen neurasthenischen Zustand gerecht zu werden. Sie ist meist nur in geeigneten Anstalten mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen.

Dehn (Hamburg).

245) **Batemann** (Norwich): Un cas de Logonévrose epileptique ou d'aphasie intermittente. (L'Encephale 1887. Nro. 1.)

Verf. theilt einen Fall von Petit mal mit, der nach allen Richtungen hin wohl characterisirt ist, sodass an dessen pathologischer Auffassung gar kein Zweifel vorhanden sein kann. Als epileptisches Aequivalent, wenn ich so sagen soll, tritt anfallsweise die Unmöglichkeit zu sprechen auf. Dabei ist in keinem Gebiet der Zungen-, Gaumen-, Lippen- oder Waugenbewegung eine Spur von Lähmung. Verf. macht sich selbst sonderliche Schwierigkeiten in der Erklärung des Falles. Er verwahrt sich gegen die Bezeichnung Hysterie, zu der meines Erachtens aber keine Veranlassung vorliegt; auch die weitläufige Gegenüberstellung mit gewissen Fällen von Kussmaul ist ganz unerspriesslich. Das wichtigste Symptom de ganzen Beobachtung wird übrigens kaum beachtet, jedenfalls nicht erörtert; da liegt gar nicht in dem anfallsweise Ausfallen der Sprachfähigkeit, sondern das liegt in der zuweilen *enorm langen Dauer dieses Anfalles*; der

Patient verlor seine Sprache oft für Tage, eine Erscheinung, die in somatischen Symptomen der Epilepsie kein Analogon hat. Nur die *psychisch*-epilept. Aequivalente haben zuweilen längere Dauer, und man könnte gerade mit Rücksicht auf diese Verhältnisse bei der „Logonévrose“ des Verfassers an eine Störung von der Psyche aus denken. Zu erklären ist die Sache vorläufig nicht, am allerwenigsten durch den schliesslich vom Verf. zu Hülfe gerufenen Sympathicus. Professor Ball, der Herausgeber des L'Encephale, fügt der Arbeit noch einige „Reflexions“ an, offenbar in dem Bestreben die Localisationsversuche des Verf. etwas zu mildern; er schliesst mit dem Eingeständniss, dass wir uns lediglich an die etwas unbestimmte Vorstellung einer intermittirenden Circulationsstörung im Gehirn halten können und dass alle zur Lösung dieses Problems nöthigen Elemente fehlen. Verf. fügt noch einen zweiten Fall an; aber es scheint mir zweifelhaft ob es sich dabei um die gleiche Sache handelt. Verf. sagt selbst, der Kranke sei später an Bulbärparalyse gestorben. Erlenmeyer.

---

246) **Leidesdorf** (Wien): Ueber die sogenannten psychisch-epileptischen Aequivalente. (Verhlgn. der K. K. Ges. d. Aerzte in Wien. Sitzg. v. 7 Jan. 1887. Münch. Med. Wochenschr. Nro. 3.)

Die acuten transitorischen Psychosen sind nicht aequivalent den Krampfanfällen, sondern müssen als eine der verschiedenen Formen der Epilepsie betrachtet werden. L. berichtet über zwei Fälle, wo die psychischen Störungen nach vollständigem Aufhören der epileptischen Anfälle aufgetreten sind. Wenn ein Individuum niemals epileptische Krampf- oder Schwindelanfälle gehabt, so kann man plötzlich auftretende psychische Störungen mit dem gewöhnlichen Charakter epileptischer Psychosen dann als solche auffassen, wenn 1) das Individuum für Epil. sprechende aetiologische Momente aufzuweisen hat; 2) wenn der Psychose eine Aura vorausgegangen; 3) wenn der Verlauf der Psychose ein plötzliches Auftreten, rasches Ansteigen und ebenso raschen Abfall zeigt; 4) wenn Amnesie vorhanden. Ein unterstützendes Merkmal kann man auch ex juvantibus entnehmen.

Dehn (Hamburg).

---

247) **J. van Deventer**: Transitorische Psychosen nach Alcoholgenuss und ihre Beurtheilung in foro. - (Psychiatr. Bladen IV 3.)

D. befürwortet in sehr dringender Weise die Vernehmung eines Sachverständigen bei gerichtlichen Verhandlungen über Vergehen und Verbrechen, die nach dem Genuss von Alcohol begangen worden sind. Oft begingen Kranke im Vorläuferstadium einer Psychose Alcoholexcesse, und in so erworbenem Rausch strafbare Handlungen; oft ist auch der Excess in Baccho das scheinbar einzige Symptom einer Geistesstörung. Zur Unterstützung dieser Empfehlung theilt er 8 sehr interessante Fälle von transitorischer Tobsucht nach Alcoholgenuss mit; die Psychose trat in diesen Fällen theils im Rausche, theils ohne Zeichen eines solchen, theils nach dem Rausch auf; die betreffenden Individuen verfielen in diesem Zustand zum Theil nach

dem Genuss relativ sehr geringer Mengen Alcohol; einige litten an chronischem Alcoholismus, andere waren neuropathisch belastet; mehrere stammten von phthisischen Eltern. Nach dem eigenthümlichen Verhalten des Gedächtnisses in diesen Fällen will D. unterscheiden zwischen Handlungen in „unbewusstem Zustande" und Handlungen „während der Bewusstlosigkeit". Die grosse Zahl der behandelten Fälle gestattet an dieser Stelle kein näheres Eingehen auf die einzelnen Erscheinungen. In einem Falle führte bei Alcoholisten heftiger Schreck und Furcht vor Gefahr zu einem Zustande hallucinatorischer Verworrenheit mit blindem, häufig intermittirendem Zerstörungstrieb. Der vorausgehende Alcoholgenuss ist in diesen Fällen nur als „causa proxima" der Psychose zu betrachten. Kurella (Owinsk).

---

248) **Wellenbergh:** Enkele psycho-pathologische verschynselen, waargenomen bij wijten Lodewijk II., Koning van Beyeren. (König Ludwig II.) (Psychiatr. Bladen IV. 3.)

Eine gute Darstellung des allbekannten Materials ohne neue Thatsachen; nur das sexuelle Leben des Verstorbenen wird etwas heller beleuchtet, als das in den meisten deutschen Zeitungen der Fall war. Kurella (Owinsk).

---

249) **C. Winkler:** Nekrolog Guddens. (Prof. Dr. J. B. A. von Gudden. Lebensbericht.) (Psychiatr. Bladen IV. 3. 18 Seiten.)

W. gibt einen Nekrolog, der sich durch einen höchst angenehm berührenden Ton der Verehrung und Anerkennung und durch eine sehr klare Darstellung der wissenschaftlichen Leistungen Guddens, besonders seiner neurologischen Untersuchungsmethoden auszeichnet. Mit Entschiedenheit spricht sich W. für Guddens Auffassung und Durchführung seiner psychiatrischen Mission am bayrischen Königshofe aus. Kurella (Owinsk).

---

250) **C. Lange** (Kopenhagen): Om Sindsbevaegelser. Et Psyko-Fysiologisk Studie. (Ueber Gemütsbewegungen.) (Kjöbenhavn, Jakob Lund. 1886. 915. Ein Holzschnitt.)

Ein Blick in die neuere Literatur der physiologischen Psychologie zeigt, wie wenig sich moderne Forscher (Wundt, Mosso, Mantegazza, Fr. Warner) auch in den neuesten Publikationen mit einer Darstellung des Wesens der Affecte befasst haben. Meist bleibt es bei der Schilderung des physiognomischen Ausdrucks und einiger sogenannter Begleitserscheinungen der Affecte.

Lange gibt in seiner klaren, geistreichen, äusserst anziehend und fesselnd geschriebenen kleinen Abhandlung eine Antwort auf die Frage: „Was ist eine Gemüthsbewegung?" Er schildert zunächst kurz die physiologischen Veränderungen im Affect und giebt eine Uebersicht der Physiologie der Haupt-Affecte, die Ref. in beigefügter kleiner Tabelle resumirt.

Tabelle zur Symptomatologie der Affecte.

Willkürliche Innervation.	Coordination.	Organ. Muskeln.	Blutgefässe.	
abgeschwächt				Entäuschung.
			verengert	Kummer.
	Incoordination.	Spasmus	verengert	Schreck.
	Incoordination.			Verlegenheit.
erhöht		Spasmus		Spannung.
			erweitert	Freude.
	Incoordination.	.	erweitert	Zorn.

Er zeigt dann, dass die unmittelbare, primäre körperliche Aeusserung des Affects eine vasomotorische Störung ist, und dass alle übrigen Symptome der Affecte aus dieser vasomotorischen Functionsänderung hervorgehen.

Schliesslich fragt L. nach dem Verhältniss zwischen dem Wesen des Affects und den begleitenden körperlichen Erscheinungen, und hebt dabei alle nicht psychischen Vorgänge hervor (Alcohol, Opium, Anaemie, Congestion etc.), welche Affecte hervorrufen, schildert den cerebralen Mechanismus so entstandener Affecte, und zeigt, dass es zwischen den psychisch und den materiell bedingten Affecten nur einen Unterschied in der Länge der Leitungsbahn zum vasomotorischen Centrum gibt, dessen Erregung der Affect hervorruft.

Die Physiologie der Affecte ist also die Physiologie der vasomotorischen Nerven, und dasselbe gilt für die Pathologie der Affecte. Die fortschreitende Cultur aber verschafft der intellectuellen Thätigkeit eine stets zunehmende hemmende Einwirkung auf das Gefässcentrum und damit auf Affecte und Leidenschaften.

Kurella (Owinsk).

---

251) **N. Flindt:** Oversigt over de vigtigste Sindssygdomsformers kliniske Optraeden tit Brug for Laeger og Studerende. (Uebersicht der wichtigsten Psychosenformen.) (Kjöbenhavn 1886. 395 S.)

Ein in der dänischen Fachliteratur hervorragendes und seltenes Ereigniss, ein Lehrbuch der Psychiatrie, erfordert auch an dieser Stelle eine kurze Notiz.

Im allgemeinen Theil werden die psychischen Elementarstörungen scharf definirt und characteristisch, wenn auch etwas wunderlich klingende Termini dafür gegeben (Hyperalgia psychosensitiva, Analgia psychosensitiva, spontane psychosensitive Hedonie etc.) Im zweiten Abschnitt folgt eine gute Schilderung der „psychopathischen Zustandsformen“ zum Unterschied von den „psychopathischen Verlaufsformen“. Der dritte Abschnitt bringt die Schilderung der einzelnen Krankheits-(Verlaufs-) formen und eine der Schüle'schen sehr nahe kommende Classification, allerdings mit einer eigenen, originellen Nomenclatur, in der neben der Bezeichnung für gutgefasste Begriffe (wie „prototypische“ und „metabole“ Psychosen) auch Monstra wie „Alkoholintoxicationsalienation“ vorkommen.

Von der Therapie ist in dem Buche gar keine Rede, seinen Zweck den modernen Zustand der wissenschaftlichen Psychiatrie darzustellen, erfüllt es aber in bester Weise; in einer etwaigen Uebersetzung könnte es dem practischen Arzte wohl neben dem bekannten Compendium Kraepelins empfohlen werden. Kurella (Owinsk).

---

252) **C. Lange:** Om periodiske Depressionstilstand. (Periodische Depressionszustände.) (35 S. Kjöbenhavn 1886. Jacob Lund.)

Prof. Lange beschreibt in seiner kleinen Schrift eine sehr häufige, bisher kaum beachtete Krankheitsform, die er in ca. 12 Jahren bei 7—800 Individuen beobachtet hat. Sie ist bisher entweder der Melancholie oder der Hypochondrie zugerechnet worden. Die Krankheit ist characterisirt durch eine „Empfindung von Anstrengung und desshalb Unlust zu jeder Gedankenoperation, jedem Entschluss, eine Unaufgelegtheit zu jeder That". „Dieses Gefühl „als wäre alles steif", führt zu einem Mangel an Lebensmuth und Lebenslust, „das Leben ist ausgespielt".

Dazu kommt Aufhören aller früheren Herzensinteressen, häufig ein quälendes Angstgefühl, besonders Nachts, häufig Schlaflosigkeit, verminderter Turgor, kalte Hände und Füsse, Hitze- und Schweissparoxysmen, Magenexacerbationen, Abendremissionen, mässiger Appetit, träge Verdauung.

Es handelt sich jedoch — trotz der äusseren Aehnlichkeit, — nicht um eine leichte Melancholie oder deren initiales Depressionsstadium; es fehlten stets durchaus Wahnvorstellungen und Hallucinationen. Auch ist der Verlauf stets ein andrer als der der Melancholie. Die Krankheit erstreckt sich unter reinen Intermissionen über Jahre, Jahrzehnte, ja ein ganzes Leben, ohne die intellectuelle Leistungsfähigkeit je zu schädigen. Stets war das Leiden vererbt; entweder litten die Ascendenten an derselben Krankheit oder an irgend einer Form der harnsauren Diathese.

Eine erhebliche Vermehrung der Harnsäureausscheidung fand sich aber in jedem Fall der periodischen Depression, sowohl während des Anfalls als ausserhalb desselben. Der Speichel gab in der Regel die Murexidreaktion.

Prof. Lange hält die harnsaure Diathese für die Krankheitsursache, und dafür sprach auch der Erfolg der diätetischen Behandlung.

Kurella (Owinsk).

IV. Aus den Vereinen.

I. Académie des Sciences.

Sitzung vom 14. Febr. 1887. (Le Progrès méd. Nro. 9 1887.)

253) **Villemin:** *Opium und Belladonna bei Diabetes mellitus.*

Schon früher hatte V. einen Fall von Diabetes insipidus mit

---

*) S. auch Hospitals-Tidende 1886. Nro. 26.

Opium und Belladonna geheilt. In jüngster Zeit hatte er wieder einen Patienten mit Diabetes mellitus zu behandeln, bei dem alle bislang angewendeten Mittel erfolglos geblieben waren. Genesung trat jedoch ein und blieb bestehen, sobald man Opium und Belladonna (im Extract bei allmählicher Steigerung bis 0,2 pro die) reichte. Dagegen trat jedesmal eine Vermehrung der Harnmenge und des Zuckers ein, wenn man eines der eben genannten Mittel aussetzte oder in geringerer Dosis verabfolgte das günstige Resultat war nur der Association der beiden Substanzen zu verdanken.

Rabow (Berlin).

(Union médicale 1886 Nro. 157.)

254) **Vulpian** bestätigte bei Gelegenheit von Versuchen über den Ursprung der secretorischen Nerven der Speicheldrüsen und über den Ursprung der chorda tympani die Resultate Chauveaus. Der Hauptursprung der für das Gaumensegel des Hundes bestimmten motorischen Nervenfasern liegt in den unteren Wurzelfasern des pneumogastricus und in der oberen Wurzelfaser der Spinalnerven. Vielleicht gehören diese verschiedenen Wurzelfasern alle zu den Spinalnerven oder zum accessorius Willisii. Ob der glossopharyngeus sich betheiligte ist V. noch zweifelhaft.

Rohden (Oeynhausen).

II. Societé médicale des hôpitaux de Paris.

Sitzung vom 22. October 1886. (Union médicale 1886, Nro. 146.)

255) **Landouzy** führt drei Kranke, Beispiele des Typus facio-scapulo-humeralis der progressiven Muskelatrophie vor. Alle diese Kranken haben eine facies myopathica, welche sich bereits in der Kindheit zeigt und für den Kenner aus früheren Photographieen characteristisch hervortritt, in der Ruhe der Musculatur weniger ausgeprägt ist. Diese Form ist erblich und befällt nach dem Gesicht auch die Schulter- und Oberarmmuskeln; die Unterarm- und Handmuskulatur bleibt intact. Duchenne bezeichnet sie als Muskelatrophie der Kindheit; von den Deutschen lange verkannt, würde sie jetzt als juvenile Form Erb's mit Betheiligung des Gesichts bezeichnet. L. erklärt, er habe einen Fall dieser Familienkrankheit zur Autopsie bekommen, im Nervensystem nichts gefunden und hält sie für eine reine Myopathie. Nie seien Zwergfell und Augenmuskeln befallen.

Rohden (Oeynhausen).

III. Societé de chirurgie

Sitzung vom 10. November 1886. (Union médicale 1886, Nro. 155.)

256) **Terillon** theilt eine Arbeit mit über die Neuralgie des Hodens und ihre Beziehungen zur männlichen Hysterie. Er bringt sie mit dem Ovarialschmerz bei weiblichen hysterischen in Analogie und meint, dass die Erkenntniss dieser Grundsache von der grössten therapeutischen Wichtigkeit sei. Sein Fall, entschieden männlicher Hysterie wurde mit Hydrotherapie und mit innerlichen Mitteln geheilt. In der

Discussion, die sich nur gegen T.'s Vergleich ausspricht, betont namentlich Championnière, dass Ovarialerscheinungen bei hysterischen Weibern habituell seien, während die Hodenneuralgie nur ausnahmsweise bei hysterischen Männern sich fände.

Sitzung vom 17. November.

257) **Tillaux** berichtet über einen Fall von torticollis spasmodicus, den Schwartz mit Dehnung und Reaction behandelte. Das Resultat war eine bedeutende Erleichterung, aber unvollständige Heilung. Er erzählt einen eigenen Fall, den er mit Resection behandelte; nach vorübergehendem Erfolg nach drei Jahren dieselbe Situation. Er widerräth die Dehnung um eine Erschütterung der Bulbus zu vermeiden.

Rohden (Oeynhausen).

V. Miscellen.

Die Krankenbewegung in den Niederländischen Anstalten im Jahre 1885. (Psychiatr. Bladen. IV. 3.)

Die Niederlande haben bei einer Bevölkerung von $4^1/_4$ Millionen und 33000 Quatr.-Km. Flächeninhalt 16 Staats-Irren-Anstalten. Die Bevölkerungsbewegung in diesen Anstalten im Jahre 1885 war folgende:

	Männer.	Frauen.	Summa.
Anwesend am 1. Januar 1885	2410	2433	4843
Aufgenommen	884	865	1794
Verpflegt	3294	3298	6592
Gestorben	258	201	459
Ungeheilt	295	323	618
Geheilt	176	210	386
Anwesend am 1. Januar 1886	2565	2564	5129

Kurella (Owinsk).

☛ Alle Einsendungen für das Centralblatt werden ganz ergebenst unter der Adresse erbeten:

Redaction des Centralblattes für Nervenheilkunde etc.
Bendorf am Rhein.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. Mai 1887. Nro. 9.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber Paraplegie bei Pott'scher Krankheit. Von Dr. Julius Althaus in London.

II. Original-Vereinsberichte. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden 1887. **Rindfleisch**: Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis.

III. Referate und Kritiken. **Dees**: Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus accessorius Willisii. **Rosenthal**: Ueber neuere günstige Formen von Hemiläsion des Rückenmarks. **Fairbank**: Bemerkungen über einen Fall von acuter diffuser Myelitis; Genesung. **Rosenbach**: Zur Diagnostik der Syringomyelie. **Bury**: Beitrag zur Symptomatologie der Friedreich'schen Krankheit. **Anderson**: Tabes mit Charcot'scher Gelenkerkrankung. **Voorthuis**: Fall von corticaler Lähmung. **Drummond**: Herdsclerose des Gehirns und Rückenmarks; Glycosurie. **Poore**: Vorlesung über gewisse Zustände der Hand und des Arms, hervorgebracht durch die Ausübung von Berufsbeschäftigungen, spec. Clavierspielen. **Wilks**: On falling. **Peter**: Typhus cerebrospinalis. **Bruardell**: Vaginismus. **Eulenburg**: Zur Aetiologie und Therapie der Migräne. **Huchard**: Angina pectoris. **Sohrt**: Pharmacotherapeutische Studien über das Hyoscin. **Thistle**: Ueber hysterische Affectionen. **Duponchel**: Die Hysterie in der Armee. **Tellegen**: Findet man in Irrenanstalten viel Fälle von hysterischer Geistesstörung? **Waldschmidt** Beitrag zur Anatomie des Taubstummengehirns. **Köhler**: Die Lebensdauer der Epileptiker. **Robertson**: Bleivergiftung mit psychischen und nervösen Störungen. **Savage**: Heilung der Psychose durch Entfernung des Bartes bei einer Frau. **Smith**: Ovariotomie bei einer Geisteskranken. **Bruardel**: Periodische Verirrungen des Geschlechtssinnes. **Schuchardt**: Chorea und Psychose. **Wellenbergh**: Die Classification der Verbrecher. **Langreuter**: Ueber die Unterbringung „geisteskranker Verbrecher" und „verbrecherischer Geisteskranken".

IV. Miscellen. Selbstmordgedanken.

I. Originalien.

Ueber Paraplegie bei Pott'scher Krankheit.

Von Dr. JULIUS ALTHAUS in London.

Im November 1884 wurde ein zwanzigjähriges, blühend aussehendes Mädchen auf meine Abtheilung im Hospital for Epilepsy and Paralysis, Regents-Park aufgenommen, welche in ihrer Kindheit gesund gewesen war, und besonders nicht an irgend welchen Symptomen von

Scrofulose gelitten hatte; auch war keine Tuberculose in der Familie. Der Rücken hatte keine äussere Schädlichkeit erlitten. Sie war bis vor zwei Jahren Dienstmädchen gewesen und hatte dann rheumatisches Fieber, welches sie sechs Wochen lang ans Bett fesselte. Bald darauf war sie jedoch wohl genug eine andere Stelle anzunehmen, worin sie neun Monate blieb. Sie fing dann an ohne irgend eine scheinbare Ursache über Schmerz im rechten Fusse zu klagen, der bald sehr heftig wurde und sich mit Lähmung des rechten Beines paarte. Sie war nun genöthigt ihre Stelle aufzugeben. Bald gesellten sich Schmerz und Lähmung des linken Beines dazu und Pat. musste nun das Bett hüten, da sie nicht im Stande war zu sitzen, zu gehen oder zu stehen. Sie wurde nun in ein Hospital in der Provinz aufgenommen, wo sie vier Monate blieb; der Zustand hatte sich jedoch nach Ablauf dieser Zeit nicht gebessert, nur war der Schmerz etwas geringer geworden.

Bei der Untersuchung fand ich, dass die rechte untere Extremität fast vollständig von der Hüfte abwärts gelähmt war, da Pat. nur eine ganz geringe Beweglichkeit im Hüftgelenk hatte. Die Muskeln waren schlaff, aber nicht atrophisch. Die faradischen und galvanischen Reactionen der Nerven und Muskeln erfolgten mit der grössten Leichtigkeit und bei ungewöhnlich geringer Stromstärke. Qualitative Veränderungen in denselben waren nicht zu entdecken, die Contraction beim Kathodenschluss erfolgte vor der der Anodenöffnung, und Kathoden-Schliessungs-Tetanus liess sich leicht hervorrufen. Die oberflächlichen Reflexe waren ungewöhnlich lebhaft, da Stechen oder Kitzeln der Fusssohle oder irgend eines anderen Theiles des betreffenden Gliedes starkes Umherschleudern, nicht nur des rechten sondern auch des linken Beines verursachten. Das nämliche war mit den tiefen Reflexen der Fall, denn das Bein wurde krampfhaft herumgeworfen, nicht nur wenn ich das ligamentum patellae perkutirte, sondern auch nach einem Schlag auf den Bauch des Quadriceps femoris, das Schienbein u. s. w. Ebenso leicht liess sich der Fussklonus hervorrufen, derselbe dauerte mehrere Minuten. Es fand sich jedoch keine Tendenz zu spontanen Krämpfen, und nirgendwo war Muskelstarre zu entdecken.

Der Fuss war gewöhnlich kalt und feucht, zuweilen ganz nass; das Bein war nicht ganz so kalt und der Oberschenkel ziemlich warm. Um den Knöchel und auf dem Fussrücken zeigten sich grosse blaue Flecke, welche auf Druck verschwanden. Die sog. „glossy skin“ fehlte jedoch. Die verschiedenen Arten der Sensibilität waren im ganzen Beine vollkommen normal.

Die linke untere Extremität war in allen Beziehungen weniger afficirt als die rechte. Pat. konnte das Knie beugen und das Bein etwas hinaufziehen, bewegte auch den Fuss und die Zehen ein bischen. Alle diese Bewegungen jedoch waren sehr schwach. Die oberflächlichen und tiefen Reflexe waren erhöht, jedoch nicht in dem Masse wie in dem rechten Beine, und ein höherer Grad von faradischer und galvanischer Stromkraft war nöthig um gute Reactionen in den Nerven und Muskeln zu erzielen. Die vasomotorischen Symptome der Kälte

u. s. w. am Knöchel und Fuss waren gleichfalls weniger markirt; und die Sensibilität vollkommen normal.

Die Untersuchung des Rückens ergab eine Lordose des neunten und zehnten Brustwirbels, deren Dornfortsätze in der Mitte und Querfortsätze seitlich hervorragten. Die Gewebe über den projicirenden Wirbeln waren verdickt und verhärtet; doch war die Geschwulst nicht schmerzhaft oder auf Druck oder Percussion empfindlich. Pat. hatte überhaupt nie Rückenschmerzen gehabt. Fluktuation existirte nicht; nirgendwo gab es ein Zeichen von einem Abscess, weder am Rücken noch am Psoas. Die Geschwulst zeigte keine Temperaturerhöhung; doch war die Biegsamkeit der Wirbelsäule beträchtlich verringert. Der Beginn der Geschwulst fiel mit dem ersten Erscheinen des Schmerzes und der Lähmung im rechten Beine vor fünfzehn Monaten zusammen.

Blase und Mastdarm functionirten normal; Decubitus war nicht vorhanden, und die Periode erschien regelmässig alle zwei Monate. Die übrigen Organe und Functionen zeigten keine Abweichungen vom Normalzustande.

Unter diesen Umständen konnte die Diagnose nicht zweifelhaft sein. Wir hatten es offenbar mit Caries der Körper, Knorpel und Bänder der zwei Brustwirbel zu thun, welche durch Berührung der erkrankten Theile mit der Dura Mater zur Entzündung der äusseren Schichten dieser Haut geführt hatte, mit Verdickung und Bildung käsiger Produkte, welche auf das Rückenmark einen Druck ausübten. In dem letzteren war es zu einem gewissen Grade interstitieller Entzündung gekommen, besonders in den Pyramidenbahnen, worauf die Lähmung und die Steigerung der Sehnen-Phänomene hinwies; und auch in den Hintersträngen, worauf die neuralgischen Schmerzen in den Füssen deuteten; während die centrale graue Substanz wahrscheinlich gesund geblieben war.

Pat. wurde zuerst mit grossen Dosen Jodkali und Leberthran, und Massage der gelähmten Theile behandelt. Das Resultat dieser Massregeln, welche etwa drei Monate lang fortgesetzt wurden, war vollkommen Null, soweit es eine Herstellung von der Krankheit betraf, obwohl ein weiterer Fortschritt der Krankheit vielleicht dadurch verhütet sein mag. Ich liess dann das Ferrum candens auf den Rücken appliciren, im Ganzen viermal. Nach der zweiten Application war die Lähmung bedeutend geringer geworden, und nach der vierten war Pat. soweit hergestellt, dass sie wieder ganz gut gehen konnte. Die vasomotorischen Symptome der Kälte u. s. w. hatten sich verloren, beide Arten Reflexe waren fast normal, obwohl noch ein bischen gesteigert. Pat. blieb noch, weiterer Beobachtung wegen, sechs Wochen lang im Hospital, und da sie gesund blieb, wurde sie nach einer Anstalt für Reconvalescenten auf dem Lande geschickt. Die letzten Nachrichten von ihr waren sehr befriedigend.

Patienten, welche an Paraplegie in Folge von Pott'scher Krankheit leiden, werden mitunter besser, wenn sich Abscesse in der Nähe der erkrankten Wirbel oder im Psoas oder noch entfernteren Orten öffnen. In dem eben erwähnten Falle existirte jedoch nirgendwo ein

Abscess; und da Pat. lange Zeit in der Provinz sowohl wie in London mit Ruhe in der Rückenlage und anderen Massregeln behandelt worden war ohne dass die Lähmung zurückging, so kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass das wirkliche Heilmittel in diesem Falle der heftige Gegenreiz war, welchen das Glüheisen ausübte, da bald darauf sich entschieden Besserung einstellte, die in Genesung endete. Die Entzündung in den Knochen und der Dura mater hörte offenbar auf, die Exsudate in den äusseren Schichten der Membran wurden resorbirt, und so konnte die Compressions-Myelitis denn auch zur Heilung gelangen.

Das erste Symptom in dem vorliegenden Falle war *Schmerz im rechten Fusse*, der sich plötzlich einstellte und sehr heftig war; dagegen war es nie zu Rückenschmerz gekommen. Der Schmerz im Fusse, welcher nach den Angaben der Pat. den blitzähnlichen Schmerzen der Tabes analog gewesen sein muss, rührte offenbar von der Entzündung her, welche damals in der Dura und dem Rückenmarke begann. War nun dieser Schmerz von Reizung der Nervenwurzeln bei ihrem Austritt aus der entzündeten Membran abhängig, oder von Reizung der Membran selbst, oder von der Myelitis? Insofern als die Entzündung der Dura in dem vorliegenden Falle wahrscheinlich auf deren vordere Fläche beschränkt war, wo die vorderen oder motorischen Wurzeln durch die Membran treten, ist er wohl kaum einer Reizung dieser Wurzeln zuzuschreiben, welche eher Krampf als Schmerz verursacht haben würde. Rührte der Schmerz dann von der Entzündung der Dura her? Wir müssen hier bemerken, dass, obwohl Kölliker in dieser Membran keine Nerven gefunden, Rüdinger solche nachgewiesen hat; während Vulpian experimentell zeigte, dass die Dura, obwohl im gesunden Zustande nur wenig sensibel, ausserordentlich empfindlich wird wenn man sie reizt oder in den Entzündungszustand versetzt. In der That braucht man diese Membran nur ein paar Minuten der atmosphärischen Luft auszusetzten, um sie höchst reizbar zu machen; und wenn man sie dann auf irgend eine Weise irritirt, heult das Thier vor Schmerz, und erweitern sich die Pupillen jedesmal wenn die Haut berührt wird. Da die Pupille wahrscheinlich das feinste Aesthesiometer ist, zeigt jede Erweiterung derselben unter dem Einflusse einer Reizung irgend eines Gewebes, dass das letztere empfindlich ist. Ich glaube jedoch nicht, dass der Schmerz in dem vorliegenden Falle von Entzündung der Dura herrührte, da wir dann wohl unzweifelhaft auch örtlichen Schmerz und Empfindlickeit gefunden haben würden; und bin ich daher geneigt den heftigen excentrischen Schmerz, über welchen Pat. klagte, auf Reizung der Hinterstränge des Rückenmarkes zu beziehen.

Die Symptome der Kälte, Lividität und Schweissabsonderung an den Knöcheln und Füssen, zeigten, dass wir es mit einem gewissen Grade von vasomotorischer und secretorischer Lähmung mit Krampf der Arteriolen zu thun hatten. Gefäss-verengernde sowohl als gefässerweiternde Fasern ziehen bekanntlich durch jedes Segment des Rückenmarks, wahrscheinlich in den Seitensträngen. Das Zusammentreffen von Lähmung, welche, wie ich weiter unten zeigen werde, von Erkrankung eines Theiles der Seitenstränge herrührte, macht die Beeinträch-

tigung der vasomotorischen Function welche beobachtet wurde, leicht verständlich. Flecken von venöser Stauung haben dieselbe Bedeutung wie übermässige Schweissabsonderung; denn Claude Bernard hat nachgewiesen, dass Reizung der Fasern, welche die Schweissdrüsen versorgen, die Absonderung zum Stillstand bringt, während Lähmung dieser Fasern übermässsigen Schweiss erregt. Systematische Friction der Beine und Füsse hatte nicht den geringsten Einfluss auf diesen Zustand, so dass derselbe offenbar von einem centralen Leiden abhing.

Es wurde früher angenommen, dass die Lähmung, welche man so häufig in der Pott'schen Krankheit beobachtet, von Erweichung und Zerstörung des Markes abhing. Diese Ansicht war jedoch unvereinbar mit der Wiederherstellung der motorischen Kraft, welche zuweilen sogar ohne eine eingreifende Behandlung erfolgt. Um diesen scheinbaren Widerspruch zu lösen, hat Shaw die Ansicht ausgesprochen, dass, nachdem der den erkrankten Wirbeln entsprechende Theil des Rückenmarks zerstört wäre, die fortgesetzte Beugung der Wirbelsäule die gesunden Theile über und unter der erkrankten Stelle in Berührung brächte und den kranken Theil deplacirte; auf diese Weise würde dann eine Vereinigung und somit Herstellung der Function zu Stande kommen. Ein anderer Grund für die Hoffnung auf Genesung scheint ihm zu sein, dass der Substanzverlust im Marke gewöhnlich auf die Vordersäulen beschränkt sei; und da dieselben nur einen kleinen Theil dieses Organes bildeten, könnte eine gesunde Struktur leichter an ihre Stelle treten. Diese beiden Theorien scheinen mir jedoch sehr gewagt, und kaum im Einklang mit den Lehren der modernen Physiologie und pathologischen Anatomie zu stehen. Ein Theil des Markes welcher einmal zerstört ist, kann nie wieder als Centrum oder Bahn für willkürliche Kraft dienen; und wir können uns nicht denken, dass ein solcher Verlust anders als im besten Falle durch Bindegewebe ersetzt werden kann. Ausserdem ist es durchaus nicht Thatsache, dass blos die Vordersäulen von dem Drucke leiden. Wäre dies so, so würde es schwerlich zur Paraplegie kommen; denn die gekreuzten Pyramidenstränge welche die motorischen Bahnen im Marke sind, verlaufen nicht in dem vorderen Theile dieses Organs, sondern im hinteren Theile der Seitenstränge, nahe bei den Hinterhörnern.

Eine weitere wichtige und bedeutsame Thatsache ist, dass eine ähnliche Art von Lähmung wie man sie in der Pott'schen Krankheit sieht, von Druck durch Hydatiden, Aneurysmen, Abscesse, Carcinom u. s. w. herrühren kann, welche das Mark von hinten oder von der Seite aus angreifen. Es ist daher viel rationeller anzunehmen, dass das ganze Mark in der Paraplegie der Pott'schen Krankheit, bis zu einem gewissen Grade comprimirt wird.

Dass einfacher Druck auf das Mark Paraplegie hervorrufen kann, ist experimentell von Vulpian nachgewiesen, der ein Stückchen von einem Streichhölzchen unter die Bogen der unteren Brustwirbel eines Meerschweinchens einführte, und dadurch Lähmung in den Hinter-Extremitäten verursachte, ohne Verlust der Sensibilität oder Reflexerregbarkeit. Nach einer Viertelstunde wurde das Stückchen Holz entfernt

und man fand, dass nach Verlauf einer Stunde die Hinterbeine ihre Beweglichkeit wieder erlangt hatten. Man muss sich übrigens nicht vorstellen, dass die Paraplegie auf diese einfache Weise in der Pott'schen Krankheit entsteht. Echeveria, Michaud, Charcot u. A. haben im Gegentheil gezeigt, dass wir es gewöhnlich mit Entzündung desjenigen Theiles der Dura, in ihren äusseren Schichten, zu thun haben, welcher den erkrankten Wirbeln entspricht, und dass diese Entzündung sich sowohl oberhalb wie unterhalb des erkrankten Theiles weiter verbreiten kann. Dieselbe ist häufig auf den vorderen Theil der Dura beschränkt, kann sich jedoch durch ihren ganzen Umfang erstrecken. Die Arachnoides und Pia sind häufig gesund, während interstitielle Myelitis immer vorhanden zu sein scheint, und nicht blos die weissen Stränge, sondern auch die centrale graue Substanz befallen kann. In schweren Fällen folgt darauf secundäre Entartung der gekreuzten Pyramidenbahnen unterhalb des Sitzes der Läsion, und aufsteigende Entartung der Goll'schen Stränge, besonders im Halsmark. In dem vorliegenden Falle waren offenbar die gekreuzten Pyramidenstränge in Mitleidenschaft gezogen, entweder durch interstitielle Entzündung oder secundäre Entartung; wahrscheinlich das erstere; da wir es mit Lähmung und Erhöhung der Sehnenreflexe zu thun hatten. Diese Myelitis war offenbar schlimmer in der rechten als der linken Hälfte des Markes, da die erwähnten Symptome in der rechten unteren Extremität ausgeprägter waren als in der linken.

Wie können wir die Thatsache erklären, dass, während die motorische Lähmung im rechten Beine fast vollständig war, *kein Verlust der Sensibilität* bestand? Dies ist eine schwierige Frage, worauf noch keine befriedigende Antwort gegeben ist, und welche ich in folgendem besprechen will.

Wenn wir die klinischen Symptome der Pott'schen Krankheit in ihren verschiedenen Phasen betrachten, so können wir meiner Ansicht nach *drei verschiedene Grade der Compression* und der darauffolgenden krankhaften Veränderungen im Marke und dessen Häute unterscheiden. Es kommen Fälle von Pott'scher Krankheit in der Praxis vor, bei denen beträchtliche Deformität ohne Lähmung und anderweitige Nervensymptome besteht. In solchen Fällen scheint es mir, dass der Druck, welcher ohne Zweifel existirt, grade hinreichend ist um die Spinalflüssigkeit in welcher das Mark schwimmt, zu deplaciren, während das Mark und dessen Häute selbst nicht beschädigt werden.

Der *zweite Grad* des Druckes würde dann derjenige sein, welcher in dem eben besprochenen Falle existirte, und wo wir es nicht nur mit Deplacirung der Spinalflüssigkeit, sondern auch mit einem mässigen Grade von äusserer Pachymeningitis und interstitieller Myelitis zu thun haben, welche Paraplegie, aber keinen Verlust der Sensibilität oder Reflexbeweglichkeit bedingen, und desshalb vorzugsweise die weissen Stränge, aber nicht die centrale graue Substanz afficiren. Die Hinterstränge sind durchaus nicht die einzigen Bahnen auf welchen Empfindungseindrücke fortgeleitet werden; und die Sensibilität bleibt erhalten solange noch ein kleiner Theil der Nervenzellen im grauen Centrum

des Markes thätig bleibt. Diese Thatsache ist von Schiff und Brown-Séquard aufgefunden worden. Vulpian hat die Idee ausgesprochen, dass weisse Nervenröhren leichter der Compression unterliegen als die graue zellige Substanz; doch ist dies noch nicht bewiesen, wiewohl es ganz gut möglich ist. Es ist aber gar keine Frage, dass die Bewegung leichter durch Druck und andere krankhafte Einflüsse beschädigt wird als die Empfindung; und wo beide Functionen in Folge von Krankheit der Nervencentren oder peripherischen Nerven gelitten haben, kehrte die Empfindung leichter zurück und ist auch einer betreffenden Behandlung zugänglicher als die Bewegung. In der Lähmungsform des N. radialis, welche man klinisch nach Quetschung des Nerven beobachtet, finden wir selten Anästhesie, obwohl die Lähmung eine fast oder ganz vollständige sein kann.

Ebenso weicht die Hemi-Anästhesie, welche auf eine cerebrale Läsion folgt, leichter als die Hemiplegie nach einer ähnlichen Läsion. Im letzten Stadium der Tabes, wenn die unteren Extremitäten vollständig gelähmt und anästhetisch geworden sind, kann kräftige Faradisation der Haut mit dem Pinsel noch die Empfindung oft, wenn auch nur auf eine kurze Zeit wieder herstellen. Alle diese Thatsachen beweisen, dass unter sonst gleichen Verhältnissen die Bewegung leichter verloren geht, als die Empfindung, und dass die letztere, selbst dann, wenn ihre gewöhnlichen Bahnen unwegsam geworden sind, leichter durch andere Kanäle weitergeführt werden kann als die erstere, welche an gewisse scharf demarkirte Gränzen gebunden ist. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass, wenigstens soviel ich weiss, kein einziger Fall von Pott'scher Krankheit in der Literatur vorliegt, wo die Empfindung verloren gegangen und die Bewegung erhalten geblieben war; während das Gegentheil ganz gewöhnlich vorkommt.

Der *dritte Grad* des Druckes und seiner Consequenzen in der Pott'schen Krankheit würde dann derjenige sein, wenn wir es mit vollständiger Myelitis transversa zu thun haben, welche nicht blos die weissen Stränge, sondern auch das ganze graue Centrum des Markes im Niveau der Wirbelkrankheit befällt, und mit secundärer Entartung der Pyramidenstränge unterhalb der Läsion und aufsteigender Entartung der Goll'schen Stränge im Halsmarke verbunden ist. Die unausbleibliche Folge eines solchen Processes muss dann nicht nur Paraplegie, sondern auch Anästhesie und Analgesie in allen Theilen unterhalb der Läsion sein, mit Lähmung der Blase und des Mastdarms, und Neigung zu Decubitus. Ein solcher Fall ist u. a. von Buzzard in den Transactions of the Clinical Society of London für das Jahr 1880 beschrieben. Sein Patient starb an Obstruktion des Darms, welche scheinbar durch die Applicirung der Sayre'schen Jacke hervorgerufen wurde; und post mortem fand sich vollständige Desorganisation der mittleren Dorsalgegend des Markes. Aus allem diesem ergiebt sich, dass *Verlust der Sensibilität in der Pott'schen Krankheit ein weit ernsteres Symptom ist als Lähmung*, insofern derselbe auf einen schweren Grad von Myelitis hindeutet, welche dann wahrscheinlich den ganzen Querschnitt des Markes befallen hat. Ein solcher Zustand führt bekanntermassen nicht

nur zu vollständiger Lähmung und Anästhesie in allen Theilen unterhalb der Läsion, sondern auch zur Lähmung der Blase und des Mastdarms, hochgradigem Decubitus, und Septicämie, wodurch das Leben des Patienten im äussersten Grade bedroht wird. Wenn es einmal zu solchen schweren Veränderungen gekommen ist, lässt sich keine Genesung mehr erwarten; und empfehle ich daher *frühzeitige Anwendung des Cauterium actuale* in allen Fällen von Pott'scher Krankheit in denen eine Paraplegie sich zu entwickeln anfängt.

Zum Schluss will ich noch ein paar Worte über den Gebrauch des Glüheisens in Rückenmarksleiden sagen, welcher bekanntlich bedeutenden Schwankungen unterworfen ist. In der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts wurde dasselbe ohne Unterschied in allen Rückenleiden angewandt, und wurden die betr. Patienten oft schrecklich gequält ohne einen entsprechenden Vortheil dadurch zu erlangen. Romberg war der Erste, welcher sich gegen diese Behandlung der Tabes aussprach, und das Cauterium wurde deswegen in den letzten zwanzig oder dreissig Jahren weit weniger angewandt. In Frankreich wird dasselbe jetzt wieder leider schablonenmässig gebraucht. Meine Erfahrung zeigt, dass das Cauterium in Fällen wirklicher Mark-Affectionen nichts leistet, also bei Tabes, spastischer Spinal-Paralyse, multipler Neurose u. s. w. vermieden werden muss, während es bei Affectionen der Häute sehr beträchtlichen Nutzen bringt — mehr als die Sayre'sche Jacke und grosse Dosen Jodkalium.

II. Original-Vereinsberichte.

Congress für innere Medicin zu Wiesbaden 1887.

258) **Rindfleisch** (Würzburg): *Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis.*

R. führt aus, dass er bei der Durchsicht einer grossen Zahl von Querschnitten tabischen Rückenmarkes ein eigenthümliches constantes Ausbiegen der Substanz des Hinterhorns nach hinten gefunden habe. Es stelle sich die hintere Begrenzung derselben dabei als eine stark convexe Linie dar. Man könnte als Ursache dafür die Atrophie der Hinterhörner annehmen, in Folge deren die Masse der Seitenstränge die Hinterhörner allmählich in den leer werdenden Raum hineindränge. Doch habe ihn ein Experiment belehrt, dass das Verhältniss auch umgekehrt sein könne, dass der Druck das primäre, die Atrophie das secundäre sein könne. Dieser Druck werde vielleicht von der Peripherie her durch eine Schrumpfung der stets verdickten Pia mater ausgeübt. Um sich die Wirkung eines gleichmässigen Druckes von der Peripherie her darzustellen, habe er ein Modell aus einer dicken Gummiplatte construirt, auf welche er genau in entsprechender Vergrösserung den Bau des R.-M. mit besonderer Berücksichtigung des Septenverlaufes aufzeichnete. Diese Platte (5 Ctm. Radius) wurde sodann entsprechend der Zeichnung mit der Laubsäge zerlegt. Comprimirte er nun die Platte

um die Peripherie her gleichmässig, so verkleinerte sich dieselbe ebenfalls gleichmässig. Entfernte er aber, von der Betrachtung ausgehend, dass die Consistenz der grauen Massen eine geringere, als die der weissen sei, die der ersteren entsprechenden Theile aus der Platte und übte dann einen peripher gleichmässig einwirkenden Druck aus, so zeigte sich, dass schon bei einer Verkürzung des Radius von 50 : 48 Mm. die den Hinterhörnern entsprechenden Lumina verschwanden, dass auf diesen also ein ganz besonders starker Druck lastete, während die Gestalt der Vorderhörner selbst bei stärkerer Compression nicht verändert wurde. R. führte weiterhin aus, wie diese eigenthümliche Erscheinung sich aus der Anordnung der Rückenmarkssubstanz genügend erklären lasse. E.

III. Referate und Kritiken.

259) **Otto Dees** (München): Ueber den Ursprung und den centralen Verlauf des Nervus accessorius Willisii. Aus dem Laboratorium von weiland Prof. Dr. von Gudden. (Allg. Ztschr. Band 43. Heft 4 u. 5. 1887).

Die unter Guddens Leitung von D. an einer Schnittserie vom Rückenmark des erwachsenen Menschen, sowie an dem Rückenmark von Kaninchen, denen an einer Seite der Nervus accessorius ausgezogen war, haben folgendes Ergebniss geliefert: der n. accessorius entspringt aus dem Accessoriuskern. Derselbe besteht aus rosenkranzförmig angeordneten Gruppen grosser multipolarer (motorischer) Ganglienzellen. Die Zellengruppe liegt oberhalb des ersten Cervicalnerven, d. h. in der Medulla oblongata, in der Mitte des Vorderhorns (oberes Ursprungsgebiet), rückt dann seitwärts und befindet sich vom 2. bis fast an den 4. Halsnerven am Seitenrande des Vorderhorns (mittleres Ursprungsgebiet). Mit dem Auftreten des Seitenhorns, also etwas oberhalb des 4. Halsnerven liegt er an der Basis des Seitenhorns, wo er bis zu seinem Ende etwas unterhalb des 6. Halsnerven verbleibt (unteres Ursprungsgebiet). Die Eintheilung in 3 Ursprungsgebiete ist nur der Uebersichtlichkeit wegen gemacht worden.

Der Verlauf der Accessoriusfasern gestaltet sich nicht überall gleichartig: Theilweise ziehen sie, nachdem sie das Vorderhorn verlassen haben, sofort mit einer fast winkligen Biegung durch den Seitenstrang (oder durch die Substanz des Hinterhorns) nach auswärts (Gegend des ersten Halsnerven und unteres Gebiet), theilweise biegen sie nach ihrem Austritt aus dem Vorderhorn kopfwärts ab, verlaufen im Winkel zwischen Vorder- und Hinterhorn eine Strecke vertikal, um nach einer abermaligen rechtwinkligen Biegung durch die weisse Substanz des Rückenmarkes nach der Peripherie zu gelangen. Diese Faserbündel besitzen also 1. ein horinzontal-sagittales 2. ein vertikales und 3. ein horinzontal-transversales Verlaufsstück. Aehnlich wie diese verhalten sich auch die Faserbündel des Accessorius in der Medulla oblongata; nur gestaltet sich das dritte Verlaufsstück mehr zu einem vertikalen Bogen. Kron (Berlin).

260) **M. Rosenthal** (Wien): Ueber neuere günstige Formen von Hemiläsion des Rückenmarks. (Wiener med. Presse Nro. 8 und 9 1887.)

Verf. beschreibt 4 Fälle von sogen. Brown-Séquard'scher Lähmung, von denen 3 in Heilung übergingen.

I. Beobachtung: Spondylitis cervicalis mit nachfolgender Lähmung und Atrophie der rechtsseitigen Extremitäten und linksseitiger Gefühlslähmung, bei intacter Mobilität. Nach 14 Monaten Ausgang in Heilung unter Rückbildung der motorischen, sowie der sensibelen Lähmungsarten in bestimmter Reihenfolge. — Beginn der Erkrankung des 18 jährigen Mädchens unter Fiebererscheinungen, heftigen Schmerzen und Steifigkeit im Nacken (Jan. 1883) Anfangs September Druckempfindlichkeit und Verdickung am 3.—5. Halswirbel. Rechtsseitige Gliedmassen gelähmt. Sehnenreflexe erhöht. Empfindung überall normal, Schulter ist eckig, flach, Ober- und Vorderarm in den Muskeln abgezehrt, der Thenar, Antithenar und Interossei sind atrophisch. Linkerseits ist die Empfindlichkeit gegen Berührung, Stich, elektrische Pinselung, Wärme und Kälte vollständig abhanden gekommen, die Mobilität dagegen intakt. Die Behandlung, 5 Monat hindurch fortgesetzt, bestand in lauer Ueberrieselung des Rückens mittelst Leiter'scher Röhren und Gebrauch von Jodkalium. Galvanisation des Rückens, Faradisation der atroph. Muskeln. Die Gebiete des Schmerz- und Temperaturgefühls deckten sich nicht; bei wiederkehrender Sensibilität liess sich der Temperatursinn für Wärme früher constatiren als für Kälte. Verf. nimmt an, dass in diesem Falle die mit der Anästhesie gekreuzte Hemiplegie und Muskelatrophie, sowie die erhöhten Reflexe auf eine durch Pachymeningitis externa bedingte Compression des Rückenmarkes, der vorderen Wurzeln, der vorderen Stränge, der vorderen Hörner hindeuten.

II. Beobachtung: Spondylitis in Folge von Sturz auf den Rücken, mit nachfolgenden Erscheinungen von Hemiläsion des Rückenmarkes. Ausgang in Heilung. — Eine 36 jährige Frau war im April 1881 auf den Rücken gefallen; in den nächsten Wochen Schmerzen an der Wirbelsäule, dann Ameisenkriechen in den Beinen, Lähmung der linksseitigen Gliedmassen. Die Untersuchung nach 3 Monaten ergab Druckempfindlichkeit zwischen 3. und 6. Brustwirbel; ferner linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige Gefühlslähmung. Behandlung bestand in Application von 6 points de feu an die untere Hals- und obere Brustwirbelregion, Jodkalium, Galvanisation und farad. Pinsel.

III. Beobachtung: Spondylitis mit anfänglicher Hemiläsion des Rückenmarkes und späteren Uebergange in tödtlich verlaufende parenchymatöse Myelitis. — Ein 32 jähriger Mann wurde anfangs 1884 von Schmerzen und nachfolgender Steifigkeit im Nacken befallen. Nach 5 Monaten Mattigkeit des rechten Beines, dann des Armes, das Gefühl wurde an der linken Hand merklich stumpfer. Untersuchung im 6. Monate ergibt hochgradige Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule, am Halse Senkungsabscess. Rechter Arm, rechtes Bein paretisch, Empfindung rechts erhalten, Patellar- und Achillessehnenreflex lebhaft. Links ist gegen Stich, faradische Pinselung und Temperaturreize voll-

ständige Unempfindlichkeit vorhanden. Auffällige Steigerung des Patellar- und Dorsalclonus auch an der linken Seite ergibt sich erst nach weiteren zwei Monaten, was eine Ausbreitung der Druckmyelitis anzeigt. Ein halbes Jahr später waren vollständige Paraplegie, Anästhesie der Beine, Blasenlähmung und beginnender Decubitus zu constatiren. Nach etwa $1^1/_2$ jähriger Dauer des Leidens Tod, Section nicht gestattet.

IV. Beobachtung: Exquisiter Fall von Hysterie mit gekreuzter moto-sensitiver Lähmung, Ausgang in Heilung. — 25 jähriges Mädchen, seit Jahren an Dysmenorrhoe leidend, bekam in den letzten 8 Monaten Cardialgie, Zucken der Gliedmassen. Die Untersuchung ergab linksseitige Hemiplegie bei intacter Sensibilität. Rechterseits besteht dagegen an der vorderen und hinteren Körperseite bis zur Mittellinie Analgesie bei normaler Motilität. Links ausserdem Ovarialhyperästhesie, Patellarreflex hier etwas lebhafter wie rechts. Von Zeit zu Zeit, nach Aufregungen, Streckkrämpfe und Singultus. Therapie: Stabile galv. Ströme, Anode am Epigastrium. Rechts faradische Pinselung. Nach 2 Monaten wesentliche Besserung. Aus gewissen Beziehungen, welche die Halbseitenläsion des Rückenmarks mit der Hysterie gemein hat, wie z. B. die Congruenz des Gebietes der Hemianästhesie und ihrer Varianten mit den Voigt'schen Verästelungsgebieten und Begrenzungslinien der Hautnerven, folgert Verf., dass die Hysterie Veränderungen in gewissen Rückenmarksregionen aufweisen könne.

Goldstein (Aachen).

---

261) **F. R. Fairbank** (London): Notes of a case of acute diffused myelitis; recovery. (Bemerkungen über einen Fall von acuter diffuser Myelitis; Genesung.) (The Lancet. 1. Jan. 1887.)

F. theilt einen von ihm behandelten Fall von acuter Myelitis seines seltenen Vorkommens und seiner noch selteneren vollständigen Herstellung wegen mit. Um bezüglich der Diagnose desselben seiner Sache ganz sicher zu sein, wandte er sich an Gowers, der auf Grund der ihm übergebenen Krankengeschichte gleicher Ansicht ist, jedoch den aller Wahrscheinlichkeit nach aus einer Erkältung hervorgegangenen entzündlichen Vorgang in der Medulla für einen aufsteigenden diffusen halten möchte, welcher, indem derselbe in seinem weiteren Verlaufe auf die Häute des Gehirns und auf dessen Cortex übergegriffen habe, am meisten dazu angethan sei, die vorhanden gewesenen psychischen Störungen zu erklären.

Pauli (Köln).

---

262) **P. Rosenbach** (St. Petersburg): Zur Diagnostik der Syringomyelie. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1887. Nro. 9.)

Ein 31 jähriger Bauer ist angeblich vor 4 Jahren erkrankt, indem Abmagerung beider Hände, verbunden mit Kältegefühl eintrat. An beiden Oberextremitäten besteht zur Zeit der Untersuchung Atrophie der kleinen Handmuskeln und der Flexoren und Extensoren des Unterarms, rechts bedeutender wie links; geringe Atrophie besteht auch in der Schultermuskulatur rechts, hier wie in den Muskeln des Dau-

menballens fibrilläre Zuckungen. Herabsetzung der farad. und galv. Erregbarkeit in den atroph. Muskeln, keine Entartungsreaction. In der Hautsensibilität sind in grosser Ausdehnung *partielle* Störungen nachzuweisen: Verlust des Schmerzgefühls an der ganzen Oberfläche beider Oberextremitäten, an der linken Unterextremität, an der linken äusseren Brust- und Bauchgegend, am Rücken, an den Ohren, am Unterkiefer, am Kopf und Nacken bei erhaltenem Tastgefühl und Ortssinn. Hier ist auch der Temperatursinn bedeutend herabgesetzt, zum Theil sogar erloschen. Im Nacken perverse Temperaturempfindung. Hautreflexe rechts ziemlich lebhaft, links schwächer, ebenso das Kniephänomen. An verschiedenen Stellen finden sich endlich, höchstwahrscheinlich von trophischen Störungen der Haut herrührend, *Hautnarben*, von denen einige allerdings durch Verbrennung entstanden sind.

Aus diesem Symptomencomplex diagnosticirt Verf. unter Ausschluss von Hysterie und Neuritis multiplex, eine Affection der grauen Substanz des Rückenmarks. Muskelatrophie, partielle Sensibilitätslähmung, Erhaltung des Tastgefühls bei Verlust des Temperatursinns und der Schmerzempfindlichkeit lassen ihn mit ziemlicher Bestimmtheit auf Syringomyelie schliessen. Goldstein (Aachen).

---

263) **Judson Bury**: A contribution to the symptomatology of Friedreich's disease. (Beitrag zur Symptomatologie der Fr. Krankheit.)
(Brain July 1886.)

Bei der Seltenheit der hereditären Ataxie sind gut beobachtete Krankheitsfälle, wie sie der Verf. giebt, willkommen. In den beiden ersten Fällen — zwei Brüder, bei denen die Krankheit im 15. resp. 13. Jahre auftrat — entsprach das Krankheitsbild in den Hauptzügen dem von Friedreich geschilderten; hervorzuheben ist indess, dass beim älteren die Krankheit mit atactischem Gange und Schwindel begann, während erstes und andauerndes Symptom beim jüngeren in spastischem Heben der grossen Zehen und der inneren Fussränder bestand. Ausserdem stellte sich bei diesem frühzeitig, nach ca. 6 jähriger Krankheit, Entartungsreaction der Muskeln an den Ober- und Unterextremitäten ein, ein Verhalten, das sich nur in einem der in der Literatur enthaltenen Fälle findet, bei einer paraplegischen im 31. Krankheitsjahre. Die Kranken stammten aus einer kinderreichen Familie. Der jüngste Bruder, 7 Jahre alt, stammelt etwas und hat beiderseits kein Kniephänomen, die Vermuthung liegt deshalb nahe, dass es sich um beginnende Fr. Krankheit handelt. Der Grossvater hatte „atactischen Gang". Der dritte Fall betraf ein $4^1/_2$ jähriges Mädchen, das im Alter von 2 Jahren von halbseitiger Lähmung betroffen wurde und später bei Mangel des Kniephänomens alle Symptome der multiplen Sklerose darbot: Rigidität aller Extremitätenmuskeln, Intentionszittern, Schluckstörungen, Nystagmus, scandirende Sprache. Wie das Kniephänomen, fehlten auch Ellbogen-, Radial- etc. Reflexe. Zwei weitere Krankheitsgeschichten unterschieden sich durch Fehlen atactischen Ganges, frühzeitiges Erscheinen atrophischer Paralyse (bei dem einen) und Mangel fernerer Erkrankungsfälle in der Familie von

dem Friedreich'schen Typus, schlossen sich aber in ihren übrigen Symptomen ihm eng an. Bei beiden stellte sich früh tonische Starre der unteren Extremitäten ein (Dorsalflection der grossen Zehen). Ueber Sectionsbefunde gebietet Verf. nicht, er ist deshalb nicht in der Lage, zur Lösung der Frage, ob Tabes, multiple Sklerose oder Krankheit sui generis, beizutragen. Matusch (Sachsenberg).

---

264) **W. Anderson:** Case of locomotor ataxy with Charcot's joint lesion. (Tabes mit Charcot'scher Gelenkerkrankung.)

(Brain July 1886.)

Pat. wurde vor 12 Jahren vom Blitz getroffen, verlor das Bewusstsein nicht, war aber für einige Minuten ausser Stande zu gehen und „fühlte seine Beine nicht". Sechs Monate später leichte lancinirende Schmerzen in den Beinen, zu denen sich langsam die übrigen Symptome der Tabes gesellten, unter diesen das bemerkenswerthe, dass nach Schwäche im linken Hüftgelenk und dem Pat. fühlbarem Knarren sich plötzlich eine Subluxation des Gelenkes einstellte. 4 Jahre später erkrankte das rechte Hüftgelenk in gleicher Weise.

Matusch (Sachsenberg).

---

265) **Voorthuis** (Amsterdam): Case of cortical paralysis. (Fall von cort. Lähmung). (Brain July 1886.)

Ein 14 jähriger Knabe klagte eines Tages über Taubheit in der linken Hand und dem Vorderarm; Abends drei Zuckungen derselben, am nächsten Morgen Parese des linken Armes und Ameisenkriechen. Am dritten Tage complete Lähmung der linken Körperhälfte. 8 Tage darauf plötzlich Bewusstlosigkeit, häufige Erectionen. — Tod 19 Tage nach Auftreten der ersten Symptome. Sectionsbefund: Thrombose des sin. longitud. in seinem mittleren Theile und als dessen Ursache, Tuberculose der Pia mit circumscripter exsudativer Meningitis im Bereiche des oberen Theiles der Centralwindungen rechts, sowie des gyr. paracentr. und fornicat. Matusch (Sachsenberg).

---

266) **David Drummond** (London): Clinical and pathological illustrations of cerebral lesions. Disseminated cerebro-spinal Sclerosis; Glycosuria. (Klinische und pathologische Illustrationen cerebraler Läsionen. Herdsclerose des Gehirns und Rückenmarks; Glycosurie.)

(The Lancet. 1. Jan. 1887.)

Ein Knabe von 8 Jahren, dessen Sprache langsam und zögernd war, litt seit drei Monaten an Kopfschmerzen, unsicherem Gange und mässigem Tremor der Arme. Im weiteren Verlaufe wurde der bis dahin normale Harn in grösserer Menge entleert und in demselben Zucker nachgewiesen. Zugleich erschienen Störungen des Gesichts und Gehörs. Hierzu gesellten sich ferner noch Lähmung der oberen und unteren Extremitäten sowie verminderte Intelligenz, Zeichen, die immer mehr und mehr zunahmen, bis nach einer Krankheitsdauer von ca. einem Jahre der Tod erfolgte.

Die Section ergab in der weissen Substanz beider Gehirnhemisphären und des oberen Theiles der Med. spin. verschiedene symmetrisch angeordnete sclerosirte Plaques. Eine ebenso degenerirte Stelle fand sich ferner in der weissen Substanz der linken Hemisphäre des Cerebellum und eine andere auf dem Boden des vierten Ventrikels.

Pauli (Köln).

---

267) **Vivian Poore**: Clinical lecture on certain conditions of the hand and arm, which interfere with the performance of professional arts, especially piano-playing. (Vorlesung über gewisse Zustände der Hand und des Arms, hervorgebracht durch die Ausübung von Berufsbeschäftigungen, spec. Klavierspielen.) (The British medical journal 26. Februar 1887.)

P. beobachtete während einer Reihe von Jahren 21 Fälle von Beschäftigungsneurose bei Klavierspielern, was nach seiner Erfahrung etwa einem Achtel der Fälle von Schreibkrampf gleichkommt. Unter den 21 Fällen betrafen nur 2 männliche, die übrigen weibliche Personen, meist junge Mädchen während ihrer Ausbildungszeit. Die grössere Häufigkeit des Schreibkrampfes ist einmal durch die rel. grössere Zahl von Schreibern zu erklären, ausserdem aber ist die Gefahr des anhaltenden Schreibens eine grössere, indem hier eine tonische, stets gleichartige Muskelcontraction zum Halten der Feder erforderlich ist, während die Bewegungen des Klavierspielers wechselnde und rythmische sind.

Die Krankheit selbst unterscheidet sich übrigens nicht unwesentlich vom Schreibkrampfe dadurch, dass ausser der spec. Beschäftigung fast stets auch andere Muskelverrichtungen gestört sind, was beim Schreibkrampfe der Regel nach (welcher Verf. übrigens nicht ganz beipflichten kann) nicht der Fall ist; ferner durch eine grössere Mannigfaltigkeit in der Erscheinungsweise, so dass Verf. um der Gefahr des Schematisirens vorzubeugen, den Namen „Klavierspielerkrampf" nicht zu acceptiren räth. Die Diagnose müsse vielmehr in jedem einzelnen Falle durch Aufsuchen des Sitzes und Wesens der Störung gefunden werden.

In sehr vielen Fällen handelt es sich um eine Insufficienz der Extensoren, welche namentlich durch die Methode des Uebens mit unbeweglich horizontaler Handhaltung ((Stuttgarter Methode) begünstigt wird. Zuerst macht sich die Störung gewöhnlich in dem schwächsten 4. Finger bemerkbar. Die farad. Erregbarkeit der betr. Muskeln ist zuweilen gesteigert, zuweilen auch herabgesetzt.

Ein fast constantes Symptom ist Empfindlichkeit der Nervenstämme. Sehr häufig bestehen Allgemeinleiden, wie Anämie, Rheumatismen, Gicht, Dyspepsie, Neurasthenie. Die betroffenen Extremitäten sind häufig kühl und livide, wodurch Ernährungsstörungen der Nerven und Muskeln natürlich begünstigt werden. Die Therapie hat sich, abgesehen von der Entfernung der Schädlichkeit zunächst gegen etwaige Allgemeinleiden zu richten (Luftcurorte, Tonica u. s. w.). Beim Bestehen von Hyperästhesie der Nervenstämme werden Gegenreize,

namentlich Vasicantien empfohlen. Ausserdem sind locale Douchen und Massage, letztere jedoch mit Vorsicht und Auswahl, anzuwenden.

Die neuerdings geübte Durchschneidung der Verbindungsbänder zwischen den Strecksehnen der 3 letzten Finger bei Klavierspielern ist entschieden zu verwerfen, da nur Nachtheile davon zu erwarten sind. Nagel (Halle a. d. S.).

---

268) **Samuel Wilks:** On falling. (Brain, Juli 1886.)

Der Grad der Muskelspannung wird nicht nur bei intendirten Bewegungen vom Nervencentrum regulirt, es handelt sich also nicht, um das Bild des Verf. zu gebrauchen, um das Abfeuern einer Dynamitpatrone durch einen Leitungsdraht von der Batterie aus, sondern der Muskelapparat steht unter beständiger Controle durch das Centrum. Körperhaltung und Mimik stehen in engster Verbindung mit der Gehirnthätigkeit, obwohl es sich nicht ausschliesslich um gewollte Bewegung dieses oder jenes Muskels handelt. Beim Gedankenlesen wirkt der Wille sogar der Bewegung entgegen, ohne sie hemmen zu können, allein weil der Gedanke an die Bewegung sie hervorruft. Man muss einen fortlaufenden Nerveneinfluss auf den Muskel annehmen, der ausserhalb des Willens stehend, die gänzliche Erschlaffung des Muskels hindert, durch den Willen aber überwunden oder gesteigert werden kann. Im Schlafe besteht völlige Relaxation. Es liegt nahe, das plötzliche Zusammenbrechen, wie es bei Apoplexie und selbst ohne nachfolgende Lähmung oder gleichzeitige Bewusstlosigkeit auftritt, auf dieselbe Ursache zurückzuführen, wie den Schlaf selbst. Bei Apoplexie wird die unterbrochene Blutzufuhr als Grund des Zusammenbrechens angesehen und zahlreiche Experimente weisen nach, dass Unterbrechung der Circulation im Gehirn durch Ligatur und Compression der zuführenden Gefässe unmittelbar Ohnmacht und Schlaffheit aller Muskeln bewirkt. Wahrscheinlich ist die Ohnmacht bei Zuschnüren des Halses theils der direkten Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn theils der indirecten durch Druck auf die die Herzthätigkeit regulirenden Nerven eher zuzuschreiben als der Suffocation. Damit ist indess nicht bestritten, dass directer Nerveneinfluss das Gehirn lähmen kann, z. B. bei Schlag gegen den Kopf, den Unterleib, bei Schreck etc. Die Ursache des Zusammbenrechens braucht nicht immer im Gehirn zu liegen d. h. an der Centralstätte, kann vielmehr auch auf temporärer Unterbrechung der Bahn im Rückenmark beruhen wie es im Beginn gewisser Rückenmarkskrankheiten vorkommt. Alsdann ist Trübung oder Verlust des Bewusstseins nicht damit verbunden. Matusch (Sachsenberg).

---

269) **Peter** (Paris): Fièvre typhoide à forme cérébro-spinale. (Typhus cerebrospinalis.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 46.)

Die Diagnose der vorstehenden Krankheitsform ist auf Grund eines Typhusfalles gestellt, der sich complicirte mit continuirlichen Seitenbewegungen des Kopfes, mässiger Steifheit des Nackens und der

Kaumuskeln und Röthe der Conjunctiva, welche, sowohl beim Typhus als bei schwerer Meningitis oft soweit vorschreitet, dass Vereiterung des ganzen Bulbus oculi die Folge ist.

Als eine weitere Complication war Dyspnoë zugegen, die jedenfalls auf einer Läsion der beim Druck auf die betreffenden Halsgegenden schmerzhaften N. vagi basirte. Als Störung des Plexus cardiac. machte sich ein äusserst frequenter und arhythmischer Puls bemerkbar.

Pauli (Köln).

---

270) **Brouardel** (Paris): Vaginisme. (Vaginismus.)
(Gaz. des Hôp. 1887, Nro. 17.)

Bei manchen nervösen Frauen genügt oft schon die leiseste Berührung der Genitalien Seitens des Arztes, um so heftige Krämpfe des musc. constrictor cunni und levator ani zu verursachen, dass es nur schwer oder gar nicht gelingt, einen Finger in die Vagina einzuführen.

In der Regel erscheinen dieselben indess erst bei der ersten Berührung des Hymen resp. bei dem ersten Coitus, gleichen den Contracturen der Gliedmassen, wie wir sie häufig bei nervösen und hysterischen Frauen zu beobachten Gelegenheit haben, und führen nicht selten, indem sie als ein innerer Reiz wirken, zu psychischen Störungen.

In gerichtlich medicinischer Hinsicht kann die Frage aufgeworfen werden, ob jene Form von Hyperkinese von der Art ist, dass sie den Zweck der Ehe vereitelt und event. als Ehescheidungsgrund anzusehen ist.

Hierauf eine bestimmte Antwort zu geben ist sehr schwer, weil, während ein kräftiger Mann einen solchen Widerstand leicht überwindet, ein schwacher Fiasko macht.

Pauli (Köln).

---

271) **A. Eulenburg** (Berlin): Zur Aetiologie und Therapie der Migräne.
(Wiener Med. Presse 1887, Nro. 1 u. 2.)

E. erblickt, wie er bereits in früheren Arbeiten ausgeführt, den schmerzerzeugenden Factor bei Hemicranie in neuralgischen Reizungen der sensibeln Trigeminus-Endigungen in Dura und Pia durch starke Schwankungen des endocraniellen Blutgehaltes. „Zur Migräne disponirt sind demnach generell solche Individuen, bei denen aus irgend einem Anlasse — gewöhnlich aber auf Grund congenital fehlerhafter Anlage (Labilität der betreffenden Abschnitte des Gefäss- und Nervenapparates) — entweder eine hochgradige Geneigtheit zu endocraniellen Circulationsschwankungen, resp. wechselndem Blutgehalt der Hirnhautgefässe und asymmetrischem Blutreichthum beider Schädelhälften oder eine excessive Erregbarkeit der meningealen Trigeminusenden, oder beides zugleich obwaltet.“ Verf. hat nun bei Migränekranken das *„relative Widerstandsminimum,“* d. h. die geringste bei einer gewissen Stromappliction und bei gleichbleibender electromotorischer Kraft erreichbare Widerstandsziffer bestimmt, indem er den Strom mittelst unpolarisirbarer Electroden in sagitaler Richtung — von der Cervico - occipital- zur Stirngegend durch den Kopf leitete. Dies

Widerstandsminimum zeigte sich bei Gesunden ziemlich constant, während bei Migränekranken mehr oder weniger erhebliche asymmetrische Differenzen sowohl ausserhalb wie besonders während der Anfälle sich ergaben. In einer tabellarischen Uebersicht werden die Ergebnisse dieser Beobachtungen an 13 Kranken mitgetheilt, wobei in 11 Fällen der grössere Leitungswiderstand auf der hemicranisch afficirten Kopfhälfte, in 2 dagegen auf der nicht afficirten vorhanden war. Verf. deutet an, dass diese letzteren Fälle vielleicht der hyperämischen Form entsprechen, ohne freilich Näheres zur etwaigen Bestätigung dieser Ansicht mitzutheilen.

Bei Besprechung der neuen therapeutischen Methoden verlangt E., dass die oft wirksame *Massage*, vor deren kritiklosen Anwendung er übrigens warnt, nur vom Arzte selbst ausgeführt werden solle. In Betreff der causalen Therapie macht Verf. noch auf die *Behandlung etwaiger allgemeiner Kreislaufstörungen* aufmerksam und berichtet über einen Fall, der durch eine Oertel'sche Kur von 20jährigem Leiden hergestellt wurde. — Von den medicamentösen Mitteln wird die günstige Wirkung des *Antipyrin* im Initialstadium des Anfalls — eine, event. zwei Dosen von 1 gr. — hervorgehoben. Endlich wird die von Verf. in mehreren Fällen als äusserst wirksam erprobte Behandlung des Anfalls durch die *statische Electricität*, am besten mittelst der sog. Glockenvorrichtung erwähnt. Dehn (Hamburg).

---

272) **Huchard** (Paris): Angine de poitrine. (Angina pectoris.)
(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 39.)
(Sitzung vom 25. März 1887 der Société méd. des Hôp.)

H. erwiderte auf die ihm gemachten Einwendungen bezüglich seiner Mittheilungen über Angina pectoris, dass dieselbe einestheils ohne eine Läsion der Artt. coronar. vielfach constatirt und anderntheils trotz der Gegenwart einer solchen oft nicht vorhanden gewesen sei: Diese Krankheit beruhe im ersten Falle auf einer krampfhaften Verengerung der erwähnten Gefässe oder auch von Aortitis abhängigen und auf reflectorischem Wege zu Stande gekommenen Contractionen derselben, während es sich im zweiten ein Mal nur um Sclerose jener Arterien, aber nicht um eine Impermeabilität derselben, und mehrere Male um zur Circulation ausreichende Anastomosen gehandelt habe.

Eine Läsion der Artt. coronar. resp. Herzischämie könne man überhaupt nur dann als Ursache einer Angina pectoris annehmen, wenn dieselbe sehr rasch, schmerzlos und unter den Erscheinungen einer Syncope zum Tode führe, in allen andern Fällen gehöre sie dagegen den neuralgischen Affectionen an. Pauli (Köln).

---

273) **August Sohrt** (Dorpat): Pharmacotherapeutische Studien über das Hyoscin. (Dorpater Inaugural-Dissertation 1886.)

Die recht hübsche Studie unter Kobert ausgearbeitet und mit 2 Curventafeln geschmückt, untersucht das Hyoscin nach verschiedenen Richtungen hin. Wir geben hier nur die Hauptresultate wieder, indem

wir hinsichtlich der Methoden und Versuche auf das Original verweisen. Im „chemischen Theile" interessirt uns der Nachweis, dass das Hyoscin als solches oder als ein Körper von gleicher Wirkung durch den Harn ausgeschieden wird. Im „pharmacologischen Theil" wird zunächst die Wirkung auf das Herz studirt und gefunden, dass das Hyoscin, wie das Atropin, lähmend auf den Hemmungsapparat des Froschherzens wirkt, und dass auch bei warmblütigen Thieren die hemmende Wirkung des Vagus durch das Hyoscin aufgehoben wird. An einem Melancholiker wird dann für den Menschen die Aufhebung der hemmenden Vagusfunction zu beweisen versucht. Sowohl bei Kalt- wie bei Warmblütern wirkt das Hyoscin auf die Gefässe eines isolirten Organs erweiternd, lässt aber das sog. vasomotor. Centrum unberührt. Thierversuche und Versuche am normalen Menschen zeigen keine besondere Einwirkung des H. auf den Puls, die beobachteten Abweichungen von der Norm sind wohl von psychischen Einflüssen abhängig. Ebensowenig wird eine Aenderung der Respiration beobachtet, während Versuche am Menschen eine Herabsetzung der Speichelsecretion lehren, die wohl durch eine Lähmung der Secretionsnerven bedingt ist. Die Darmbewegung, wenn sie durch Nervenreize gesteigert ist, wird bei intakter Muskulatur, aufgehoben, die Pupillen werden erweitert; das Rückenmark wird nicht beeinflusst und die electr. Erregbarkeit des Gehirns bleibt normal, während sie bekanntlich bei Atropin steigt. Der „therapeutische Theil" beschäftigt sich zunächst mit der Wirkung des betr. Präparates auf den gesunden Menschen: es wirkt hier einfach narcotisch; in zweiter Linie wird die Wirkung auf Geisteskranke untersucht und aus 101 Injectionen von Hyoscin hydrochl. in Gaben von $^1/_2$—1 Mgr. gefolgert, dass bei aufgeregten und tobsüchtigen Kranken ohne bedrohliche Nebenerscheinungen Schlaf zu erzielen ist, selbst wenn andere Mittel fehl schlagen. Die Wirkung des Hyoscin auf andere Kranke, sowie die kurzen Bemerkungen des letzten, „toxischen Theils", umgehen wir hier.

Goldstein (Aachen).

---

274) **F. T. Thistle** (London): On hysterical affections. (Ueber hysterische Affectionen.) (The Lancet. 18. Dez. 1886.)

Die Gewohnheit, Paralysen, wenn sich ein materielles Substrat nicht nachweisen lässt, als hysterische aufzufassen, mag in der Mehrzahl der Fälle ihre Berechtigung haben.

Doch können sich auch Neurasthenie, wie drei mitgetheilte Fälle beweisen, sowie Einbildung in dieser Hinsicht gleich der Hysterie verhalten.

Sei dem nun wie ihm wolle, so viel steht fest, dass alle dynamische Lähmungen, welche nur die unteren Extremitäten zu ihrem Sitze zu wählen scheinen, sich der Heilung sehr zugänglich erweisen, wenn dieselbe in einer wohl eingerichteten Krankenanstalt angestrebt wird.

Die hier zur Anwendung kommenden therapeutischen Agentien

bestehen hauptsächlich in der täglichen Application des faradischen Stroms, in kalten Abreibungen und in der Bildung einzelner Blasen auf der Haut der ergriffenen Extremität vermittels eines heissen Hammers.

Pauli (Köln).

---

275) **Duponchel:** Die Hysterie in der Armee.

(Rev. de médic. Nro. 6. 1886.)

Der Mangel an Raum verbietet uns, die in der vorliegenden Arbeit verzeichneten interessanten Beobachtungen hier wiederzugeben und müssen wir uns mit der Mittheilung der vom Verf. gezogenen Schlüsse begnügen.

1. Die Hysterie ist in den Reihen der Armee verbreiteter, als man bisher annahm und konnte, vor dem Erscheinen der jüngsten Arbeiten über Hysterie bei Männern, nicht erkannt worden, was häufig dazu führte, dass factisch hysterisch-kranke Soldaten für Simulanten oder Epileptiker gehalten worden sind.

2. Die Hauptzüge der Hysterie sind folgende:

a) *Sensible Störungen*: Hemianästhesien oder hemianästhetische Zonen, wobei entweder die Empfindlichkeit der Haut oder der Muskeln, oder einzelne Qualitäten der Sensibilität (Druck-, Temperatursinn u. s. w.) verloren gegangen sind.

b) *Sinnesstörungen*, besonders Einengung des Gesichtsfeldes mit Umkehr der Reihenfolge, in welchen die einzelnen Farben erkannt zu werden, aufhören.

c) *Veränderungen der Reflexe*, besonders Verschwinden des Schlundreflexes bei Erhaltensein des Kniephänomens.

d) *Erhaltung der elektrischen Muskelerregbarkeit* bei Veränderung des Muskelsinnes.

e) Selten *motorische Störungen*, Lähmungen oder Contracturen, welche von Muskelatrophie oder -Degeneration nicht begleitet werden.

Weiblicher habitus des betreffenden Kranken ist durchaus nicht obligatorisch, weil die Hysterie auch robuste Männer ergreift.

3. In sehr schweren Fällen werden, wie bei den Weibern alle Erscheinungen der Hysterie beobachtet, allgemeine Convulsionen, Transfert, hypnogene und hysterogene Zonen, Möglichkeit der Hypnotisirung und Suggestion, Wirkung des Magnets.

4. In Fällen mittlerer Stärke werden die hysterischen Erscheinungen noch immer deutlich genug sein, um die ins Hospital als Epileptiker geschickten Soldaten selbst dann als hysterische zu erkennen, wenn auch von dem betreffenden Arzte kein Anfall beobachtet worden ist.

5. Die leichten Fälle stellen freilich zuweilen unüberwindliche Hindernisse der Diagnose entgegen.

6. Die Hysterie müsste in die Instruction der Militärärzte neben der bereits darin enthaltenen Katalepsie und Somnabulismus als Krankheit aufgenommen werden, welche Befreiung vom Dienste oder Erleichterung desselben bedinge.

Hinze (St. Petersburg).

276) **Tellegen:** Findet man in Irrenanstalten viel Fälle von hysterischer Geistesstörung? (Psychiatr. Bladen IV. 1.)

Tellegen glaubt, dass die Diagnose: hysterisches Irresein, häufig zu Unrecht gestellt würde. In der Literatur fänden sich dreierlei Auffassungen dieser Krankheitsform. Die eine Auffassung sieht darin eine Psychose sui generis (unabhängig von vorausgegangener Hysterie) die andere lässt sie sich stets auf hysterischem Boden entwickeln, eine dritte Auffassung spricht nicht von mania melancholia, vercordia hysterica, sondern nur von Manie u. s. w. bei einer hysterischen, hysterische Psychosen nichts eigenartiges. T. sieht in den häufig (zuletzt von Huchard) geschilderten „hysterischen Characterveränderungen" nicht Symptome der Hysterie, sondern coordinirte Resultate der Ursachen, die auch die Hysterie bedingen. Erziehung etc. Die Neigung, sich in geschlechtlichen Vorstellungen zu bewegen, ist durchaus nicht characteristisch für eine hysterische Psychose, ebensowenig die emotionelle Reizbarkeit oder hysterische Krämpfe, die vielmehr bei geisteskranken Hysterischen allmählich aufhören. Mouston zählte 1% hysterischer Geisteskranker, Dagonet „une proportion véritablement imperceptible".

T. will von „insania hysterica" dort sprechen, wo die vorausgegangene Hysterie dem Irresein einen eigenartigen Character gibt, wo hysterische Sensationen zu Wahnideen führen, die Hysterie das belangreichste Moment ist.

Verf. führt keine Statistik aus seiner eigenen Anstaltspraxis an, weil man ihm sonst einen circulus vitiosus vorwerfen könnte.

Kurella (Owinsk).

---

277) **Waldschmidt** (Freiburg): Beitrag zur Anatomie des Taubstummengehirns. Aus dem anatomischen Institut der Universität Freiburg. (Allg. Ztsch. f. Psych. Band 43 Heft 4 u. 5 1887.)

Zwei von W. vorläufig nur makroskopisch untersuchte Taubstummengehirne (von einem 46j. Manne und einem 19j. Mädchen) zeigten übereinstimmend eine *Entwickelungshemmung der linksseitigen Insel* in Bezug auf Grösse und Form, und zwar besonders der frontalwärts gelegenen Partieen, die gegen die rechtseitigen geradezu rudimentär erschienen. W. glaubt daraus mit aller Reserve den Schluss ziehen zu dürfen, dass es bei Taubstummheit einer Degeneration der *Centren* für Sprache und Gehör (Operculum, dritte linke Stirnwindung, Schläfenlappen) nicht absolut bedarf, dass vielmehr eine *Unterbrechung der Leitung* völlig genügt, um die Grundlage für die Taubstummheit zu liefern.

Kron (Berlin).

---

278) **Köhler** (Hubertusburg): Die Lebensdauer der Epileptiker. (Allg. Ztschr. f. Psych. Band 43 Heft 4 u. 5 1887.)

Statistische Erhebungen aus der Anstalt Hubertusburg haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Die Epilepsie wirkt auf das Leben verkürzend. Das weibliche

Geschlecht ist in den späteren Jahren dieser Gefahr mehr ausgesetzt als das männliche, welches wiederum bis zum 25. J. nach dieser Richtung hin stärker gefährdet ist. Bei den Idioten gleicht sich dies mehr aus. Die möglichst frühzeitige Ueberführung der Epileptiker in geeignete Anstalten ist im Hinblik auf die vielfachen Schädigungen, welchen die Kranken sonst ausgesetzt sind, geboten.

Kron (Berlin).

---

279) **Alex Robertson:** Lead-poisoning with mental and nervous disorders. (Bleivergiftung mit psychischen und nervösen Störungen). (The journ. of mental science 1886 July.)

14 jähriges Mädchen, ein halbes Jahr mit dem Verpacken gefärbten Garnes in einer Färberei beschäftigt, erkrankte an Bleicolik; nach einigen Tagen Delirien. In der Anstalt wird Abschwächung des Gesichts und Gehörs gefunden. In zweimonatlicher Behandlung psychische Genesung, Besserung des Gehörs, totale Erblindung durch Sehnervenatrophie. Ein in derselben Färberei beschäftigtes 20 jähriges Mädchen erkrankte ebenfalls an Colik. Dann traten allgemeine Convulsionen auf. Genesung.

Matusch (Sachsenberg).

---

280) **Leo H. Savage:** Cure of insanity by removal of a beard in a woman. (Heilung der Psychose durch Entfernung des Bartes bei einer Frau.) (The journal of ment. science July 1886.)

Verf. betont, wie schwer körperliche Entstellung Frauen beunruhigt und dass sie wohl Ursache von Gemüthsleiden werden kann. Bei der Pat. wurde das Wachsen eines Kinnbartes als Ursache der Melancholie bezeichnet. Nach 1 jährigem Bestehen der Krankheit werden die Haare einzeln durch Galvanopunctur entfernt. Die bald eintretende Heilung glaubt Verf. als hierdurch erzielt ansehen zu können.

Matusch (Sachsenberg).

---

281) **Percy Smith:** Case of ovariotomy in an insane patient. (Ovariotomie bei einer Geisteskranken). (The journ. of ment. science July 1886.)

Das gleichzeitige Auftreten der Geistesstörung und des Ovarialtumors bei der Kranken bezeichnet P. nur als coincidentell. Nach der Ovariotomie vorübergehende Besserung der Psychose, dann der frühere Zustand, nur wurden Geruchshallucinationen nicht wieder beobachtet, der Fall spreche, wie Verf. bemerkt, für Savage's Ansicht dass zwischen Geruchshallucinationen und Sexualleiden ein Zusammenhang bestehe.

Matusch (Sachsenberg).

---

282) **Brouardel** (Paris): Aberrations génitales périodiques. (Periodische Verirrungen des Geschlechtssinnes.)

(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 45.)

An der Seite der Dipsomanie, deren Opfer, bekanntlich in der Regel einen sehr nüchternen Lebenswandel führend, von Zeit zu Zeit dem unwiderstehlichen Drange verfallen, sich während 8—14 Tage dem Genusse alkoholischer Getränke in übermässiger Weise zu ergeben, steht diejenige Form von Psychopathia sexualis, die zu verschiedenen Zeiten sonst wahre Muster von Ehemännern heimsucht, 8—10 Tage andauert und in einer abnormen Befriedigung des Geschlechtstriebes besteht. Pauli (Köln).

---

283) **Schuchardt** (Sachsenberg): Chorea und Psychose.

(Allg. Ztschr. f. Psych. Band 43, Heft 4 u. 5 1887.)

Zur Beurtheilung des Zusammenhanges von Chorea und Psychose theilt Sch. nach ausführlicher Besprechung der betreffenden Literatur 6 eigene Beobachtungen mit. Von diesen Fällen, die sowohl in Bezug auf Alter und Geschlecht (Knabe von 14 J.; junger Mensch von 18. J.; Frau von ungefähr 30. J.; Mann von 40. J.; Frau und Mann von über 50 J.) wie in Bezug auf die Form der geistigen Störung verschieden sind, müssen 2 ausgesondert werden, bei denen die choreatischen Erscheinungen nur Symptome eines schweren Hirnleidens (allgemeine Paralyse und Bleivergiftung) darstellen. Die übrigen 4 Fälle lassen sich, abgesehen von der Unterscheidung nach dem Lebensalter und nach der Dauer (akute und chronische Chorea) in 3 Formen gruppiren:

1. es besteht längere Zeit idiopathische Chorea und erst später tritt ausgesprochene Geistesstörung hinzu, 2. es tritt Chorea und psychische Erkrankung gleichzeitig auf, 3. es bildet sich die Psychose unabhängig von der Chorea aus.

Es lässt sich, so schliesst Verfasser, mit Sicherheit wohl annehmen, dass bei gleichzeitigem Vorkommen von Chorea und Psychose erstere nicht als die Hauptursache für letztere anzusehen ist. Es ist vielmehr Chorea und Geistesstörung stets Ausdruck desselben Hirnprocesses (Reizzustände oder tiefere Störung). In einzelnen Fällen kann es auch möglich sein, dass die vorhandene Geistesstörung in keinem direkten aetiologischen Zusammenhang mit der Chorea steht. Alle Formen von Geistesstörung mit Chorea oder choreatischen Bewegungsstörungen haben aber, ähnlich wie dies bei der Epilepsie und den damit verbundenen psychischen Affectionen der Fall ist, eine ungemeine Reizbarkeit und Neigung zu plötzlichen Ausbrüchen von Heftigkeit miteinander gemein. Kron (Berlin).

---

284) **Wellenbergh**: Over classificatie van misdadigers. (Die Classification der Verbrecher.) (Psychiatr. Bladen IV. 1.)

W. untersucht die von Ferri und von Sergi aufgestellten Classificationsversuche und schlägt einige Verbesserungen dieser Systeme vor, die hier kurz résumirt werden.

I. Die Unmoralischen. (Handeln aus pathologischem Triebe.)

1. *Von Geburt.* Hauptmerkmal: Totale Abwesenheit des moralischen Gefühls. (Insania moralis, Anthropophagie, Blutdurst, Lust an Quälereien etc.
2. *Durch erworbene Anomalien.* Hauptmerkmal: Abstumpfung des moralischen Gefühls (durch schlechte Erziehung, böses Beispiel, anhaltenden Verkehr mit Verbrechern).

II. Die Leidenschaftlichen. (Handeln kraft ihres paralysirten Willens.) Hauptmerkmal: Acute, periodische oder chronische Störungen des Selbstbewusstseins.

1. *Die Geisteskranken.* (Epilepsie, Mania acuta, transitoria, Melancholia misanthropica, Alcoholismus.
2. *Die psychisch reizbaren sens. strictior.* (Strafbare Handlungen unter dem Einfluss von Affecten und Leidenschaften.)

Kurella (Owinsk).

---

285) **Langreuter** (Eichberg): Ueber die Unterbringung „geisteskranker Verbrecher“ und „verbrecherischer Geisteskranken“.

(Allg. Ztschr. f. Psych. Band 43. Heft 4 u. 5. 1887.).

Das erste Kapitel der sehr ausführlichen Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, was sind „geisteskranke Verbrecher“ und „verbrecherige Geisteskranke“? Es ergeben sich hierbei zum mindesten folgende Gruppen:

1. Individuen, welche *zur Zeit der That* krank waren und *später* krank bleiben.
2. Solche, welche *zur Zeit der That* krank waren und *nachher* (zur Zeit der Untersuchung) *gesund* sind.
3. Zur Zeit der That krank, aber *nicht* als solche *erkannt.*
4. Zur Zeit der *That gesund* und *nachher krank,*
   a) mit laufender Strafzeit,
   b) mit abgelaufener Strafzeit oder entmündigt.
5. Zur Zeit der *That* „*gesund*“, aber *früher* schon *geisteskrank.*
6. Solche mit *verbrecherischem Vorleben,* absolvirten Strafen und später geisteskrank.
7. Simulanten.

Die eingehende Schilderung dieser verschiedenen Gruppen muss im Original nachgelesen werden.

Die weiteren Erörterungen des Verfassers beziehen sich auf die Häufigkeit der eben genannten Arten der verbrecherischen Geisteskranken und „geisteskranken Verbrecher“. Hauptsächlich in Bezug auf den Antheil, den die Straf- und Irrenanstalten an ihnen haben. Nach den statistischen Erhebungen des Verfassers sind folgende Rubriken zu unterscheiden.

I. a) Individuen, welche zur Zeit der That geisteskrank waren und als solche erkannt sind, in Irrenanstalten befindlich (Männer und Frauen) circa 300.

b) Personen, welche zur Zeit der That geisteskrank waren, trotzdem bestraft sind, jetzt in Irrenanstalten ca. 200.

c) Personen, z. Z. der That krank, nicht erkannt, bestraft und nach in Zuchthäusern ca. 400.

Zusammen „verbrecherische Geisteskranke“ ca. 900.

II. a) Personen, welche zur Zeit der That gesund waren und noch theilweise oder vollständiger Verbüssung einer oder mehrerer Strafen erkrankt, in Irrenanstalten befindlich ca. 400.

b) Personen, z. Z. der That gesund, während der Strafverbüssung erkrankt, noch im Gefängnisse ca. 800.

Zusammen „geisteskranke Verbrecher“ ca. 1200.

Die letztgenannten 800 theilen sich wieder in „heilbare und praesumptiv unheilbare“ (im Mittel ca 200 heilbare und 600 unheilbare).

Weiterhin beschäftigen sich die Untersuchungen des Verfassers in ebenso ausführlicher Weise mit der jetzt üblichen Art der Unterbringung der betreffenden Kranken, den Missständen, sowie den practischen Versuchen und Vorschlägen zur Lösung der Frage, speciell (Kap. III.) in Preussen, für welches Verfasser zum Schlusse folgende Sätze aufstellt:

1. Alle Geisteskranken, welche gemäss § 51 des Str.-G.-B. freigesprochen sind, oder bei welchen auf Grund desselben Paragraphen die Untersuchungshaft aufgehoben wurde, sind in gewöhnlichen Irrenanstalten unterzubringen und zu verpflegen.

2. War Jemand zur Zeit der That krank, zur Zeit der Freisprechung resp. der Einstellung des Verfahrens zweifellos genesen, so kann derselbe unter diskreter Beobachtung der Polizei auf freiem Fuss belassen werden.

3. Es ist durch Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse sowohl bei Aerzten als bei Juristen und anderen Laien darauf hinzuwirken, das künftig nicht so viele Geisteskranke verurtheilt werden.

4. Wenn in einer Gerichtsverhandlung die ärztlichen Sachverständigen bei Beurtheilung eines Geisteszustandes uneinig sind, so ist es für die Wahrheit des Urtheils erpriesslich, wenn der Process vertagt wird.

5. Stellt sich bei einem Verurtheilten auch nach Antritt der Strafe heraus, dass er zur Zeit der That geisteskrank war, er also irrthümlich verurtheilt ist, so ist derselbe im Wege der Wiederaufnahme des Verfahrens durch gerichtliches Urtheil zu rehabilitiren und wird dann behandelt wie derjenige, welcher gleich von vornherein freigespochen wurde.

6. Die Entlassung „verbrecherischer Geisteskranken“ aus den Irrenanstalten unterliegt keinen anderen Bedingungen, als diese bei den gewöhnlichen Kranken sind. In zweifelhaften Fällen setzt sich der Anstaltsvorstand mit der Polizeibehörde in's Einvernehmen.

7. Wenn im Verlaufe einer Zuchthaus- oder Gefängnissstrafe bei einem Individuum Geisteskrankheit auftritt, so hört der Strafvollzug im Sinne des Gesetzes auf.

8. Jedoch können aus Zweckmässigkeitsrücksichten Frischerkrankte und zu Beobachtende in Strafanstaltslazarethen bleiben.

9. Es sind an Zuchthäusern und grösseren Gefängnissen psychiatrisch durchgebildete Aerzte anzustellen; ferner sind Irrenlazarethe einzurichten für etwa 2 prc. der Anstaltsbevölkerung, in welchen die geisteskrank gewordenen Sträflinge vorerst verpflegt werden.

10. Die Geheilten sind in die Strafanstalt zurückzuverlegen; wird ein Kranker als unheilbar erkannt, so ist derselbe nach einem Gutachten des Gefängnissarztes oder am besten nach möglichst rasch eingeleitetem Entmündigungsverfahren in eine Irrenanstalt zu transferiren. Es ist zu erwägen, ob diese ärztlichen Gutachten wegen ihrer grossen Verantwortlichkeit nicht künftig (ähnlich wie die im Entmündigungsverfahren abgegebenen), der Revision durch die Medizinalcollegien unterliegen sollen.

11. Bei weitem die Mehrzahl dieser Kranken kann wie die gewöhnlichen Irren behandelt werden; bei ihrer Entlassung und Beurlaubung sind keine Ausnahmebestimmungen nothwendig.

12. Die Dauer der Strafzeit, ob abgelaufen oder nicht, ist bei den unheilbaren Kranken, da dieselben unter keinen Umständen Strafobjekte sind oder auch wieder werden können, in Bezug auf ihre Unterbringung und Behandlung vollkommen irrelevant.

13. Aus dem Grundsatze: dass auch geisteskranke Verbrecher in erster Linie Kranke bleiben, geht mit Nothwedigkeit hervor, dass exceptionelle Maassregeln in Bezug auf die Unterbringung nur den möglichst kleinsten Theil treffen dürfen.

14. Es sind also nur die auszuwählen, welche wegen ihrer „Verbrechernatur" und ihres ganz besonders unbändigen Wesens für eine gewöhnliche Irrenpflege ungeeignet erscheinen. Die Zahl dieser beträgt, wenn man Straf- und Irrenanstalten zusammen nimmt, in ganz Preussen ca 300.

15. Es werden diese 300 am besten untergebracht, wenn man sie auf die Provinzen vertheilt, dass also an je einer Irrenanstalt jeder Provinz sich ein Appendix mit besonders sichereren Einrichtungen befindet, in welchem — je nach Grösse der Provinz — 15—40, in Berlin 60 Kranke verpflegt werden können. Je nach ihrem Zustande können dieselben längere oder kürzere Zeit auch in der Mutteranstalt dieses Appendix verweilen; durch diesen Wechsel wird der Eintönigkeit und der dadurch sich einstellenden erhöhten Unzufriedenheit vorgebeugt.

16. Es liegt kein Grund vor, die Competenz der Beurlaubung und Entlassung auch dieser „geisteskranken Verbrecher" den Anstaltsvorständen zu entziehen, besonders mit Rücksicht darauf, dass unter den gewöhnlichen, nie mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathenen Irren sich oft viel gefährlichere Individuen befinden und trotzdem die Entscheidung über deren Entlassung unbeanstandet allein dem Anstaltsdirektor zusteht.

Dass derselbe in zweifelhaften Fällen sich mit den zuständigen Polizei- und Verwaltungsbehörden in's Einvernehmen setzt, ist selbst-

verständlich, ebenso muss es ihm in besonderen Fällen erlaubt sein, das unterstützende Gutachten einer collegialen Fachbehörde einzuholen.

17. Ein anderer Modus der Unterbringung der oben bezeichneten 300 Kranken besteht darin, dass man in Preussen 3 Centralanstalten, je eine für die westliche, mittleren und östlichen Provinzen errichtet, deren jede etwa 100 Insassen hätte. Diese Anstalten stünden dann unter selbstständiger Leitung von Aerzten. Es ist besonders tüchtiges Wartepersonal anzustellen.

18. Diese Anstalten können sowohl den Provinzialbehörden, wie dem Staate unterstehen. Ist ersteres der Fall, so bezahlt jede Provinz für die ihr angehörigen Kranken an diejenige Provinz, in der sich die Anstalt befindet. Der dortige Landesdirektor genehmigt die Aufnahme.

19. Sind die Anstalten staatlich, so genehmigt der Minister des Innern die Aufnahme; diese können sowohl erfolgen direkt aus den Strafanstalten, wie aus den Irrenanstalten.

20. In beiden Fällen erfolgt die Entlassung in der Regel durch Versetzung in die zuständige Provinzialirrenanstalt, von wo der betr. Anstaltsvorstand weiter entlassen kann. Der besonderen Erlaubniss einer gerichtlichen Behörde bedarf es dazu nicht.

Kron (Berlin).

IV. Miscellen.

Selbstmordgedanken.

Es ist allgemein Mode geworden, die Psychiatrie als eine Rumpelkammer anzusehen, in welche alles hineinexpedirt wird, was man anderswo nicht unterbringen kann. Sobald die Ideen eines Menschen aus dem breitgetretenen Geleise des Rechtes und der Sitte hinausspringen — gleich ist auch die Psychose da, ein Zauberschlüssel der alle Thüren öffnet und den Streitigkeiten ein Ende macht. Aber so wenig ein Constabler immer da sein wird, wo es etwas zu retten gibt, so wenig wird immer die Psychose zur Hand sein, um eine verdorbene Seele von ihrem Vergehen reinzuwaschen. Es liegt freilich ein echt menschlicher Zug in dem Bestreben, für die Verkehrtheiten der Handlungsweise vieler Individuen lieber eine Anomalie der Geistesthätigkeit einzusetzen, als sie als stets mögliche Consequenz der gesunden Menschennatur zu betrachten. Auch ist es, so lange sich die Todesstrafe noch immer nicht scheut, in civilisirten Staaten eines so späten Jahrhunderts ans Licht zu treten, gewiss praktisch und human, der Geistesverwirrung eher ein grösseres Gebiet in criminalistischen Fällen einzuräumen, als es theoretisch streng zulässig wäre. Die Aussicht, bei einem justificirten Verbrecher hinterher bei der Obduction einen Gehirntumor zu finden, möchte auch für den hartnäckigsten Vertheidiger der Todesstrafe kein besonders ver-

lockender Grund sein, die Substituirung einer Geisteskrankheit in solchen Fällen leichtfertig abzuweisen.

Allein theoretisch dürfte die Verallgemeinerung derartiger Hypothesen bei unserer mangelhaften Kenntniss des Zusammenhanges psychopathischer und cerebropathischer Processe wohl nicht angehen, ohne dass man sich einer Voreiligkeit schuldig macht, die nicht mehr wissenschaftlich genannt werden kann.

Seit einigen Decennien bemerkt man mit gewiss berechtigter Bestürzung, dass sich der Selbstmord, die in's Praktische übertragene Verneinung des Lebens, ein immer grösser werdendes Gebiet erobert. Da man aber gar nicht zu begreifen vermag, wie es möglich sei, dass eine so widernatürliche, ja wohl die widernatürlichste Handlung, zu einem förmlichen Triebe werden sollte, so war man auch sofort wieder mit der Geistesgestörtheit da, und nun hält auch die populäre Anschauung einen Selbstmörder einfach für einen Verrückten.

Vor nicht langer Zeit schnitt sich ein 37jähriger Schuster in selbstmörderischer Absicht mit der Scheere Penis und Scrotum ab. Da der beabsichtigte Erfolg nicht eintrat, brachte sich der seltsame Mann am folgenden Morgen noch weitere Verletzungen am Halse bei, die zur Bildung einer Laryngealfistel führten. Der Penis war dicht an der Wurzel abgetrennt, das Scrotum bis auf einen kleinen Hautlappen. Die operativen Eingriffe, welche in Folge dieser Verstümmelung nöthig waren, ertrug der Pat. (bei auffallender Herabsetzung der Sensibilität) ohne Schmerzensäusserung. Die Heilung beider Wunden ging in 25 Tagen vor sich. Bald darauf aber zeigten sich maniakalische Anfälle und brachten den Kranken in's Irrenhaus. Ueber das weitere Schicksal desselben ist mir nichts Näheres bekannt.

In diesem Falle wird kaum Jemand daran zweifeln, dass dem Selbstmordversuche eine Psychose voransging, die ja später in der maniakalischen Excitation ihren beredten Ausdruck gefunden hat.

Ich glaube aber, dass, wenn die Anfälle nicht aufgetreten wären, dennoch Jedermann schon aus der Art und Weise der Verstümmelung und der bei Geistesstörungen so oft beobachteten Herabstimmung der Empfindlichkeit auf den Gedanken gekommen wäre, dass eine Psychose vorliege.

Die Beichtväter behaupten, eine auf mehrere Jahre rückwärts reichende Erforschung des Gewissens gebe ein gewisses Anrecht auf einen Sitz im Himmel. Ob das Mittel probat ist, kann man aus naheliegenden Gründen nicht controliren. Aber immerhin ist das eine Art historischer Methode, über sich in's Klare zu kommen. Die Statistiker machen es ja auch so. Sie rechnen: Seit so und so viel Jahren sind in jedem Jahre so und so viel Briefe ohne Adresse in die Postkästen geworfen worden, und finden dann nach einigem Addiren und Subtrahiren: Die Zahl der ohne Adresse der Post übergebenen Briefe bleibt jährlich constant.

Die Criminalstatistiker behaupten wieder, das Antheilsverhältniss von Frau und Mann bei criminalistischen Vergehen stehe wie eins zu vier.

Auch für die Selbstmorde wurde der Versuch gemacht, aus den mit ausserordentlichem Fleisse zusammengestellten Listen eine Gesetzmässigkeit zu erschliessen, und es ergab sich scheinbar das Resultat, dass auch die Zahl der jährlich vorfallenden Selbstmorde eine gewisse Beständigkeit aufweise.

Indessen wird man auch Angesichts des ungeheuren Materials von 300,000 Fällen, wie sie Morselli, der Director der Provinzial-Irrenanstalt in Macerato, zusammengestellt, sehr vorsichtig sein müssen, da die daraus gezogenen Schlüsse gewöhnlich schon beeinflusst sind von gewissermassen in der Luft liegenden Meinungen und Hypothesen über die Natur des Suicidiums.

So sind in dem letztvergangenen Quinquennium wohl eine wahrhaft erschreckend grosse Zahl von Selbstentleibungen vorgefallen. Wenn man sich aber die Mühe nimmt, Motive, Methoden, Alter u. s. w. zu untersuchen, so gelangt man bald zu der sonderbaren Folgerung, dass wenn hier hauptsächlich psychopathische Anlagen oder Zustände die Schuld trügen, dann auf diesem Wege die normale Psychologie in Gefahr käme, ihr Gebiet bedeutend einschränken zu müssen, da man den vehementen Ausbruch der Leidenschaft oder die im Affecte begangene Handlung einfach psychiatrisch zu deuten gewohnt wird. Das geht durchaus nicht. Ja, es ist sehr wahrscheinlich, dass die wenigsten Selbstmordversuche in der *individuellen* Organisation ihre Erklärung finden, sondern dass sich vielmehr ein entwicklungsgeschichtlicher Trieb, wie man ihn zeitweilig in der Geschichte der Menschheit mit merkwürdiger Heftigkeit sich geltend machen sieht, wieder einmal auszuleben sucht. Es werden als allgemeine Ursachen des Selbstmordes mancherlei bemerkenswerthe Zustände des heutigen Gesellschaftslebens angeführt, die gewiss die Aufmerksamkeit in vollem Masse verdienen; es ist aber falsch, ihnen eine alleinige Wirkung zuzuschreiben, wo so viele kleinere Mechanismen zusammenspielen, um die Erscheinung unserer Tage, von der ich eben spreche, zu motiviren.

Man stützt sich mit Vorliebe auf die immer mehr zur Beobachtung gelangende Neurasthenie der gegenwärtigen Generation, auf die leichte Erregbarkeit der nervösen Centren und deren Folgeübel, auf die geringe Widerstandsfähigkeit des Einzelnen, die bald die Flinte in's Korn wirft, wenn sich ein Einfluss bemerkbar macht, zu dessen Beseitigung einige Concentration von Kraft von Nöthen ist. Aber da streckt schon wieder ein falscher Schluss seinen Pferdefuss heraus. Widerstandskraft lässt sich so wenig als eine andere Kraft absolut bestimmen.

Gewiss hat der Adler eine bedeutendere Sehschärfe als der Mensch. Aber das bedeutet nicht, dass das Opticus-Centrum des letzteren gegen das des ersteren degenerirte. Sondern es sind an das menschliche Gesicht ganz andere, wichtigere Aufgaben herangetreten im Laufe der Entwicklung, als aus der Chimborassohöhe etwa einen Hasen auf dem Felde zu erblicken. Das Auge des Menschen hat sich demgemäss nach der Seite des Intellects hin vervollkommnen müssen und die Aufgaben, die es jetzt löst, vermag das scharfsichtigste Thier nimmer zu lösen.

Man kann ebensowenig davon sprechen, dass die Fähigkeit des Ertragens und Auskämpfens nun eine geringere geworden sei gegen früher. Sie ist grösser geworden, weil sich die Anforderungen an dieselbe intensiv und numerisch ungeheuer gesteigert haben. Früher wäre es kaum einem Menschen eingefallen, daran zu denken, sich bei einer Zahnextraction betäuben zu lassen. Heute spielen die Anästhetica auch auf diesem Gebiete eine grosse Rolle.

Es ist culturhistorisch interessant, zu bemerken, dass im Jahre 1872 214,478 Gallons comprimirten Stickstoffoxyduls in London zum Verkaufe kamen (1873 um 13,00 Gall. weniger wegen eines puplic gewordenen Todesfalles während der Narcose).

Allein was wollen solche Dinge sagen gegen die ausserordentliche Menge der psychischen Widerwärtigkeiten, denen der Einzelne im heutigen Gesellschafts-, Staats- und Familienleben ausgesetzt ist? Und die tausenderlei Sorgen, die kleinen, aber vielen Mühen der aufreibenden Tagesarbeit, die athembeengende Verkehrslebhaftigkeit, muss man da nicht an das Bauernsprichwort denken, dass sieben Hornisse ein Pferd tödten? Aber bei den meisten Selbstmorden ist überhaupt körperliche oder Willensschwäche gar nicht im Spiel.

Man denke an die zahlreichen Kinderselbstmorde, welche den geringfügigsten Motiven (Furcht vor Strafen, getäuschte Hoffnungen, Kränkungen) entspringen! Hier ein Beispiel für viele ähnliche.

Der 12jährige Savino Botti in Piacenza wurde vom Lehrer wegen seiner Lässigkeit im Lernen mit einer Anzeige an seinen Vater bedroht. Der Junge kam nach Hause, legte ruhig die Bücher ab und entfernte sich. Gegen ein Uhr bemerkte ihn ein Bahnwächter zwischen den Geleisen mit Steinen spielend und jagte ihn weg, da bereits der Turiner Courierzug signalisirt war. Der Junge folgte anscheinend, doch als die Locomotive des Zuges sichtbar wurde, stürzte er sich auf das Geleise und erwartete den Tod. Salvino wurde buchstäblich halbirt. Auf dem Wege zum Bahnhof scherzte er noch mit einem Kameraden über die Theilung eines auszunehmenden Vogelnestes. „*Gewiss eine seltene Kaltblütigkeit und Festigkeit des Entschlusses bei einem zwölfjährigen Jungen*“, meint der Chronist. Ja, ich meine auch, dass man hier nicht von mangelnder Kraft des Widerstandes sprechen kann, wenn sich die positive Willensbethätigung in einer für ein solches Alter geradezu erstaunliche Stärke äussert. Es ist allerdings nicht zweifelhaft, dass in manchen Fällen erbliche Anlagen eine durch zweckwidrige Behandlung bei der Erziehung, wie Gemüthsinsulte, intellectuelle Ueberanstrengung, Verzärtelung, erzeugte Irritation des Gehirns, als causae occasionales mitbetheiligt sind.

Insbesondere wird man grosses Gewicht auf die von dem Sexualorganen ausgehenden Gehirnreizungen, wie die immer weiter greifende Masturbation zu legen haben, welche dann praemissis praemittendis wohl die Selbstmordaction leichter zur Auslösung bringen, so dass man sich dann nicht zu wundern braucht, wenn sich ein neunjähriger Knabe wegen eines verlorenen Vogels erhenkte, ein anderer, weil ihm der Vater nicht erlaubte, sich ein Eichhörnchen zu kaufen, oder

wie Schlager mittheilte, ein 11jähriges Kind aus verschmähter Liebe sich den Tod gab, oder gar ein fünfjähriges Kind wegen schlechter Behandlung seitens der Mutter in's Wasser sprang.

Aber allen diesen Fällen liegt eine viel tiefere Ursache zu Grunde, als Psychosen und neuropathische Processe.

Wenn man die Geringfügigkeit der Motive betrachtet, die Sucht sich noch origineller zu tödten und andrerseits die merkwürdig rasche Wiederhohlung einer neuen Methode der Selbstentleibung und endlich die Altersextreme, von denen das niedere weder den Werth des Lebens zu taxiren versteht, noch sich über die That klar ist, das höhere aber rein individuell genommen sich in seltensten Fällen zu einer solchen Kraftentwicklung zu erheben vermöchte, wie sie die thatsächliche Verneinung des Lebens erforderlich macht, so wird man kaum von der Wahrheit abweichen, wenn man einen der mächtigsten Naturtriebe zu Hilfe nimmt und behauptet, der heutige epidemische Character sei eine Nachahmungserscheinung. Die Hartnäckigkeit und Leidenschaftlichkeit, mit welcher dieser Trieb aufzutreten pflegt, ist zu bekannt und unser quadrumanes Zerrbild spiegelt ihn in tollster Ausbildung.

Die medicinische und forensiche Literatur ist überreich an solchen pandemischen und epidemischen Abnormitäten, die offenbar nur dem Nachahmungstriebe entsprungen sind.

Als sich Origines, der berühmte doctor ecclesiae, im heiligen Eifer der Askese castrirte, fand er so viele Nachahmer trotz der Schmerzhaftigkeit und Gefahr, die mit der Entmannung verbunden war, dass die Concile zu Nizaea, Arles und Genf ernstliche Massregeln gegen diese imitatorische Seelenseuche ergreifen mussten, die das Menschengeschlecht in seiner Existens bedrohte.

Plutarch erzählt uns von dem epidemischen Selbstmord der milesischen Mädchen, und unter den Frauen in Pelagones auf Chios und in Pöotien herrschte ein förmlicher Furor, sich in ekstatischen Zuständen und Aufregungen zu überbieten.

Die theatralische Epidemie der Abderiden kehrte im sogenannten Springfieber, dem Leaping Ague der Schotten, wieder.

Was soll man erst von der pandemischen Tanzwuth sagen, welche vom 14. bis 17. Jahrhundert fortdauerte, wenn auch in immer absteigender Intensität, den Johannistänzer, dem Tarantismus. Und was sind denn der traurige Kreuzzug der 60,000 Kinder, die Lycanthropie, die Erscheinung der Convulsionen anders als die zeitweiligen Exacerbationen thierischer Nachahmungssucht! Dass es sich da wirklich um blosse Nachahmung handelte und keinesfalls um wirklich psychische Erkrankungen, hiefür einige drastische Beispiele. In Paris war es einige Zeit gebräuchlich, dass alle Selbstmörder von den Thürmen und öffentlichen Säulen herabsprangen und im Invalidenhôtel hingen sich, nachdem einmal das erste Opfer gefallen war, dreizehn hintereinander an derselben Säule auf, bis diese endlich entfernt und damit der Sache ein Ende gemacht wurde. Gegen solche Epidemien versuchten die Regierungen oft die härtesten Gesetze anzuwenden, aber

ohne Erfolg. Konnte man ja, wie Plutarch erzählt, die Jungfrauen von Milet, die von einem so heissen Sehnen nach dem Selbstmorde ergriffen waren, dass sie sich schaarenweise erhängten, nicht eher von diesem Triebe abbringen, bis man in ihnen ein anderes, mächtigeres Gefühl, das der Scham und Entehrung rege gemacht hatte. Nachdem man nämlich die nackten Körper aller Selbstmörderinnen mit einem Stricke um den Hals auf öffentlichem Markte zur Schau stellte, hörte die Epidemie auf. Das trefflichste Beispiel aber, wie durch eine einfache Contrastwirkung solche Erscheinungen gehoben werden und also keine tiefer in der individuellen Organisation gegründete Ursache haben können, ist wohl der Fall, welcher dem berühmten Boerhave arrivirte. Ich erzähle ihn des Langen und Breiten, weil ihn auch ein gewisser Humor begleitet.

Zu Anfang des 18. Jahrhunderts kam es vor, dass im Armenhause zu Harlem ein Mädchen in Folge eines starken Sinneseindruckes heftig erschrak und Krämpfe bekam. Ein zweites Mädchen, das Zuschauerin war, stürzte bald darauf, gleichfalls von Convulsionen ergriffen, zu Boden. So folgt ein drittes, viertes Mädchen u. s. f., alsbald wurden auch die Knaben mitergriffen, bis endlich das ganze Armenhaus ein Schauplatz des Schreckens und der Verwirrung wurde und nur Krampfbefallene in seinen Mauern beherbergte. Die Scenen wiederholten sich fast täglich und spotteten jeder ärztlichen Kunst. Der Arzt Boerhave in Leyden besass damals einen bereits über die Grenzen Europas reichenden Ruf. Er wurde citirt und kam. Sobald er in das Haus getreten, traf es sich gerade, dass zwei Mädchen nach einander unter Convulsionen zusammenstürzten. Boerhave beobachtete die Anfälle, dann liess er plötzlich sämmtliche Inwohner der Hauses um sich versammeln und befahl, dass ein Becken mit glühenden Kohlen mitten in denn Saal gestellt und die Gluth ordendlich geschürt werde. Nun legte er Glüheisen in die Kohlen und hiess sämmtliche Anwesendn den rechten Arm entblösen, denn die Krankheit erfordere, sagte er, dass derjenige sofort bis auf die Knochen gebrannt werde, der nun zunächst von Krämpfen befallen würde. War es nun der ausserordentliche Ruf des Mannes, war es sein Auftreten, oder war es die Furcht vor der schmerzhaften Operation — kurz, Niemand wurde mehr von Convulsionen befallen und die ganze Epidemie hatte ein für allemal ihr Ende erreicht, einfach dadurch, dass der Scharfsinn Boerhave's durch einen neuen mächtigen Eindruck diese Nachahmungssucht zu bewältigen vermochte.

Ich denke, diese Analogien sind im Zusammenhalt mit dem früher Angeführten im Stande, den Glauben, dass in der Selbstmordsucht unsere Zeit zum grössten Theile thatsächlich eine Aeusserung des thierischen Nachahmungstriebes zu suchen sei, sehr zu kräftigen. Inwieweit dem abzuhelfen wäre, das ist eine ganz andere, praktisch allerdings wichtigere Frage. Malthus meinte im Allgemeinen, um das Elend der Menschen zu heben, sei es nothwendig, die Enthaltsamkeit in venere zu fördern. Er wollte, dass nur solche Männer welche im Stande sind, Frau und Kinder zu ernähren, ein Ehebündniss

eingehen sollten. Gegen dieses Princip, das Elend und Laster durch Enthaltsamkeit zu ersetzen, bemerkt **Preyer** sehr richtig, dass bei einem so unnatürlichen Zwang die Bevölkerung der Erde nicht um einen Mann abnehmen würde, da eine tugendhafte Enthaltsamkeit, wie sie **Malthus** will, eine physiologische Unmöglichkeit für die Masse bedeutet und eine gewaltsame Trennung von Mann und Weib der Natur widerstreitet und unausbleiblich zum Verbrechen führt.

Aehnliche Medicin ordinirt **Morselli** gegen den Selbstmord, da er ihn hauptsächlich auf die Lebensconcurrenz zurückführt und nun meint, es müsse die übermässige Vermehrung der Kämpfenden gezügelt werden. Ich glaube aber, dass derlei Dinge da keinen grossen Werth haben, wo es sich um das Verständniss von allgemeinen, der Entwicklung entspringenden Ursachen handelt. Hier thun es nur Grundsätze, die früh eingeprägt werden müssen. Alles drängt nach der Entwicklung einer vernünftigen Ethik. Sie kann heute nur naturhistorisch gedacht werden. So lange noch Niemand sagen kann, warum eigentlich der Selbstmord unsittlich ist, oder besser, so lange die Ueberzeugung, dass das Sittliche und das im Sinne der Unterhaltung Zweckmässige fast Correlativ-Begriffe sind, nicht allgemein tiefe Wurzel gefasst hat, wird man nicht daran denken können, für die Jugend einen nutzbringenden Katechismus zu construiren. Denn wenn man auch sagt, dass die Erhaltung des eigenen Lebens eine sittliche Pflicht sei, da das irdische Dasein des Menschen als Bedingung seines Vernunftlebens geheiligt ist, so lässt sich dagegen fragen was für einen Werthmesser wir für dieses Vernunftleben haben, wenn wir nicht wieder kirchlich werden und glauben machen wollen, dass dieses Leben unter Umständen einen Freibrief für ein anderes Leben mitbringen könne.

Die Heroen-Moral der Antike und die Dulder-Moral der Kirche taugt eben nicht mehr für unsere Zustände. Wir leben in einer Art moralischen Blödsinns ohne klare Principien: Man schlüpft beim Gewissen vorüber, so gut man kann. Hier ist nur Hilfe von Seite der geläuterten, auf den Grund der Naturwissenschaften gebauten Weltbetrachtung zu erwarten. Der ethische Werth des Classicismus und Mysticimus fängt an, sich der Null zu nähern. Ueber kurz oder lang, und er wird gewesen sein.

Die **Horatier** und **Origines** finden in unserem Leben keine anderen Anstellungen als im Circus und in der Landes-Irrenanstalt.

Blasius.

☛ Alle Einsendungen für das Centralblatt werden ganz ergebenst unter der Adresse erbeten:

Redaction des Centralblattes für Nervenheilkunde etc.

Bendorf am Rhein.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28)

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. Mai 1887. Nro. 10.

Inhalt.

I. Originalien. Beitrag zu der sogenannten Galvanisation des Sympathicus. Von C. Engelskjön in Christiania.

II. Referate und Kritiken. **Marchi**: Ueber den feineren Bau des corpus striatum und des thalamus opticus. **Sherrington**: Bemerkung über zwei kürzlich beschriebene Stränge des Rückenmarkes. **Cionini**: Ueber die Structur der Zirbeldrüse. **Jutton**: Die Recessus lat. des 4. Ventrikels, ihre Beziehung zu gewissen Cysten und Tumoren des Kleinhirns und zu Occipital Meningocele. **Philipps**: 2 Fälle von multipler Neuritis. **Parinaud**: Convergenzlähmung. **Bristowe**: Bemerkung zu einem Falle von Ophthalmoplegie. **Bennet**: Fall von auffallender Hyperexcitabilität der Muskeln und des Körpers für Beklopfen, mit Clonus verschiedener Theile. **Porter**: Subdurale Hemorrhagie. **Laache** und **Faye**: Hyperästhesia plantae bilateralis. **Ferrand**: Die Sprache und die Aphasie. **Lewis**: Oberflächliche Verbrennung. Tetanus. Tod. **Winner**: Ein Fall von Basilar-Meningitis. **Watkins**: Ueber Hirnsyphilis nebst einem Bericht über 5 Fälle. **Curtis**: Ueber das Fehlen des Patellarreflexes bei Gesunden. **Leegaard**: Elektrotherapie. **Michele**: Subcutane Sublimat-Einspritzungen gegen die Hundswuth. **Orlow**: Einige Worte über die locale Anästhesie durch salzsaures Cocain. **Heidenreich**: Ueber einen Fall von Hysterie bei einem Manne. **Böhni**: Hystero-Epilepsie. Castration. — Heilung. **Anderson**: Ueber sensorische Epilepsie. **Tomaschewsky**: Zur Frage über die Theilnahme der Hirnrinde am Zustandekommen des epileptischen Anfalls: **Guesdon**: Behandlung der Neuralgien. **Morselli**: Handbuch der Symptomatologie der Geisteskrankheiten. **Savage**: Zur allgemeinen Pathologie der Geistesstörung. **Coert**: Ein Fall von Paralyse bei einer 60 jährigen Frau. **Derselbe**: Cocain in der psychiatr. Praxis. **Shuttleworth**: Heirathen Blutsverwandter und Geisteskrankheit. **Zennes**: Paranoia, nebst einem Bericht über einen Fall. **Cobbold**: Fälle von Selbstmordneigung bei congenitalem Schwachsinn. **Ireland**: Die Aufnahme idiotischer und schwachsinniger Kinder in Irrenanstalten. **Kinne**: War Swayne Wells zurechnungsfähig? **Turnbull**: Fragliche Geistesstörung. **Ramaer**: Die Entwicklung des Irrenwesens im 19. Jahrhundert.

III. Aus den Vereinen. I. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. II. Verein deutscher Aerzte in Prag. III. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

IV. Tagesgeschichte. Aus Würzburg.

I. Originalien.

Beitrag zu der sogenannten Galvanisation des Sympathicus.

Von C. ENGELSKJÖN in Christiania.

R. Remak beabsichtigte mit der von ihm erfundenen sogenannten Sympathicuselektrisirung einen indirekten „katalytischen" Process in

den vom Halssympathicus versorgten Theilen hervorzurufen. Er erreichte auch in der That auf diese Weise überraschende Heilerfolge, besonders auf krankhafte Zustände des Hirns und der Hirnnerven. Spätere Forscher haben die Richtigkeit seiner Beobachtungen hinreichend constatirt.

Die Sympathicuselektrisirung war also ein werthvoller Zuwachs zur Elektrotherapie. — Während aber über die Erfolge dieser Methode kein wesentlicher Meinungsunterschied obwaltet, ist ein desto grösserer über die Berechtigung der grundlegenden Hypothesen Remaks entstanden. Sollen die durch die sogenannte Symp.-Elektrisirung hervorgebrachten positiven Resultate auf die Einwirkung des Stromes eben auf den Sympathicus zurückgeführt werden, oder nicht, und im letzteren Falle, wie werden wir uns dann jene Erfolge erklären müssen? — Dies ist die berühmte Sympathicusfrage, welche seit mehr als 30 Jahren immer noch der Beantwortung harrt.

Für Remak wurde diese Frage eine Quelle bitterer Kränkungen. Der sterile Geist vergiebt dem Träger fruchtbarer Gedanken dessen Errungenschaften nicht, und Remak sollte dem gewöhnlichen Schicksale nicht entgehen. Den therapeutischen Erfolg übersehend warf man sich mit Heftigkeit auf die Hypothese und erreichte auf diese Weise billig erkaufte Siege. Uebrigens gab Remak selbst seinen Gegnern eine scharfe Waffe in die Hand, indem er seine Hypothese ohne Reservationen zu vertheidigen suchte. Er schien hierbei nicht darauf aufmerksam gewesen zu sein, dass unsere Erklärungen nur eine vorübergehende Bedeutung haben, so lange wir nicht das Ziel des Erkennens erreicht, und nicht alle Factoren in die Rechnung mit aufgenommen haben.

Die Elektrisirung des Sy. wird, wie bekannt, auf zweifache Weise vorgenommen. Die eine Elektrode wird jedenfalls hinter den Kieferwinkel gesetzt, während die andere entweder *nach vorne* zwischen den Köpfen des Sterno-mastoideus oder *nach hinten* am Nacken zur Seite der untersten Halswirbel angebracht wird. Dass der Grenzstrang auf diese Weise wirklich von einem hinreichend kräftigen Strom getroffen wird, hat Burckhardt durch Versuche an Leichen constatirt.*) Damit ist jedoch Nichts bewiesen, denn nicht nur der Sy. sondern auch der Vagus, der Accessorius, das Cervicalgeflecht, die Hautnerven und das Halsmark und die Oblongata mit ihren wichtigen Centren werden auf diese Weise vom Strom beeinflusst. Sieht man also, wie ein Gesichtsschmerz oder eine Cephalalgie durch die Anwendung der Sy.-Elektrisirung plötzlich erleichtert werden oder verschwinden, so ist es keineswegs erwiesen, dass dieses günstige Resultat als die Folge der Stromeinwirkungeben auf den Sy. betrachtet werden muss. —

Um Klarheit über diesen Gegenstand zu gewinnen nahm G. Fi-

*) G. Burckhardt: Ueber die polare Methode. Deutsches Archiv für klin. Med. 1871. Bd. VIII.

scher*) Versuche an lebenden Thieren vor und zog aus ihnen den Schluss, dass die Heileffecte des Stromes nicht von dessen Einwirkung auf den Sy., sondern auf den Vagus herrühren, weshalb er vorschlug, die Methode entsprechend umzutaufen. Fischer's Versuche, welche schon an und für sich an dem wesentlichen Fehler leiden, dass die directe Einwirkung des Stromes auf die Centralorgane nicht berücksichtigt worden ist, würden auch ohnehin keine Beweiskraft gehabt haben, da es keineswegs als eine abgemachte Sache betrachtet werden kann, dass die Circulationsveränderungen, welche F. durch die Elektrisirung des Vagus hervorrufen konnte, eben diejenige sind, wodurch die elektrischen Heilwirkungen vermittelt werden. Die Ergebnisse der Experimentalversuche an gesunden Nerven sind für die Therapie der Kranken ziemlich werthlos. Viele Beispiele könnten hierfür angeführt werden. Nicht die physiolgische Wirkung der Elektricität auf die normale Nervenfaser, sondern ihre Wirkung auf den pathologischen Process in der Nervenfaser muss Gegenstand der Forschung sein. Dies erhellt schon aus meinem Artikel über die Behandlung der refrigeratorischen Gesichtslähmung; denn wie wäre es nur möglich gewesen aus elektrophysiologischen Thatsachen zu schliessen, dass eine Neurose, welche durch Abkühlung der Haut entstanden ist, mit centraler Faradisation behandelt werden müsse?

Die sogenannte Sympathicuselektrisirung kann, wie schon oben erwähnt, gelegentlich sehr augenfällige Wirkungen entfalten. Eine Cephalalgie oder eine Trigeminusneuralgie z. B. kann bei dieser Applicationsweise des elektrischen Stromes plötzlich verschwinden oder erheblich gebessert und bei wiederholter Anwendung für immer geheilt werden. Man hat, wie wir hörten, gefragt, ob jener eminente therapeutische Erfolg der Einwirkung des Stromes auf den Sy. oder auch vielleicht auf den Vagus, auf die Centralorgane u. s. w. zuzuschreiben sei. Ich will eine andere Frage aufstellen, welche nothwendig erst beantwortet werden muss. *Können wir jene Heilwirkung allein und ausschliesslich nur dann hervorrufen, wenn wir die Elektroden auf die übliche Manier auf den Hals setzen, oder bekommen wir sie auch dann, wenn wir die Elektricität auf andere Körpertheile einwirken lassen, wo von einer Beeinflussung des Sympathicus oder der andern genannten nervösen Gebilde nicht die Rede sein kann?* — Die dringende Nothwendigkeit einer Untersuchung in dieser Richtung wurde mir einleuchtend, nachdem ich die mächtigen Wirkungen beobachtet hatte, welche in vielen Fällen von Nervenkrankheiten mannigfacher Art durch Elektrisirung eines kleinen peripheren Hautstücks, z. B. am Unterarm, erreicht werden. Denn es kam mir vor, dass das Geheimniss der Sy.-Elektrisirung als entschleiert betrachtet werden müsste, wenn es sich herausstellen sollte, dass wir dieselben Wirkungen bekommen, gleichgültig ob wir die Elektroden auf den Arm oder auf den Hals setzen. Jedenfalls wären wir in diesem Falle auf die richtige Spur gekommen.

*) Experimentelle Studien u. s. w. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XVII u. XX.

Meine ersten vergleichenden Versuche nahm ich an einem 48jährigen Handelsmann vor. Er hatte 3 Jahre lang an einer fast continuirlichen heftigen Cephalalgie gelitten, als er im Januar 1880 zuerst meine Hülfe suchte. Die kräftige Elektrisirung des Sy. mitttelst des galvan. Stromes (die eine Elektrode im Nacken) beseitigte die Schmerzen vollständig nach Verlauf von 2 Min. Spätere Versuche ergaben, dass schon eine Stromstärke von 5^0 auf der Horizontalboussole (= 0.2 M. A.) hinreichend war um dasselbe zu leisten. Der Patient wurde darnach während sechs Wochen mit Galvan. der Sy. behandelt und spürte davon bedeutende Erleichterung, wurde jedoch nicht völlig hergestellt.

Im Mai 1885 sah ich ihn wieder. Sein Befinden war, wie bei der Entlassung, bedeutend besser, indem die Schmerzen an Heftigkeit sehr abgenommen hatten, doch spürte er sie fast fortwährend. *Bei den vorgenommenen vergleichenden Versuchen zeigte es sich jetzt, dass es gleichgültig war, ob ich den Pat. auf die frühere Weise elektrisirte, oder ob ich den Strom auf den Unterarm einwirken liess.* Die Schmerzen verschwanden jedenfalls nach Verlauf von zwei Minuten und sowohl nach Einwirkung eines schwachen wie eines kräftigen Stromes.

Eine ältere Dame, welche während zweier Jahre, an einer gewaltigen Trigeminusneuralgie mit täglichen Anfällen gelitten hatte, stellte sich im September 1887 zur Behandlung ein. Es stellte sich bei der Gesichtsfeldprobe heraus, dass sie mit Galvanisation des Hautorgans behandelt werden musste, und sie wurde darnach sechs Wochen lang mit dem galvan. Strom täglich auf den Unterarm elektrisirt. Wenn die Schmerzanfälle zugegen waren, wurden sie jedesmal durch die Einwirkung des Stromes nach Verlauf einer Minute gehoben. Die Pat. war in den letzten vier Wochen des Cursus schmerzfrei.

Nach Verlauf von zwei Wochen suchte sie aufs Neue meine Hülfe, weil die Schmerzanfälle sich wieder eingestellt hatten. Da gerade ein Anfall zugegen war, *nahm ich versuchsweise die Sy.-Elektrisirung vor* (die eine Elektrode hinter den Angulus, die andere im Nacken) *und es zeigte sich jetzt, dass der galvan. Strom bei dieser Applicationsweise denselben Effect wie früher bei Einwirkung auf die Unterarmhaut hervorbrachte:* nach Verlauf von einer Minute waren die Schmerzen beseitigt.

Wenn ich in der Absicht, die reflectorische Thätigkeit des Stromes in Gebrauch zu ziehen, gerade die Haut der Unterarme elektrisire, so ist es keineswegs, weil diese Stelle die einzige ist, an der man mit Vortheil den Strom appliciren kann. Es geschieht einfach aus praktischen Rücksichten. In meinem Aufsatze über die ungleichartige therapeutische Wirkungsweise der beiden Stromesarten habe ich deshalb dieses Verfahren als *Elektrisirung des Hautorgans* bezeichnet.*) Erscheint es nun durchaus gleichgültig, ob wir die Elektricität auf die Haut der Arme, der Unterextremitäten, des Unterleibs, des Brustkorbs oder des Halses — mit der für die Sy.-Elektrisirung gebräuchlichen Elektrodenstellungen — einwirken lassen, indem wir bei allen diesen

*) Im Gegensatz zur *centralen* Elektrisirung.

Applicationen wesentlich dasselbe erreichen,*) wie werden wir dann annehmen können, dass die Heileffecte der Remak'schen Sy.-Elektrisirung auf einem besonderen Boden wurzeln? — Ich nehme an, wir hätten zuerst die Wirksamkeit der Hautelektrisirung gekannt, wie absonderlich würde es uns dann nicht vorgekommen sein, wenn Jemand behauptet hätte, dass die Elektrisirung der Haut des Halses durch die Beeinflussung des Sympathicus, des Vagus, des Cervicalgeflechts u. s. w. therapeutisch wirksam sei? Würden wir nicht einer solchen Behauptung gegenüber strenge Beweise gefordert haben?

Die Richtigkeit meiner Schlussfolgerung wird durch folgende Erfahrungen bekräftigt.

1. Ich habe bei vergleichenden Versuchen die Beobachtung gemacht, dass die beiden Stromesarten bei Elektrisirung des Hautorgans in den Einzelfällen ein verschieden gegenseitiges Verhalten aufweisen können. So können sie in dem einen Falle ähnliche, in dem anderen gegensätzliche Wirkungen hervorbringen, während es in dem dritten erscheint, als ob die eine Stromesart unwirksam sei. Nun zeigt es sich indessen, was für unsere Frage von Wichtigkeit ist, dass wir im Einzelfalle dieselben respectiven Wirkungen von den beiden Stromesarten bekommen, gleichgültig ob wir die Elektroden auf den Hals oder auf den Arm setzen.

2. Es erweist sich auch durchaus gleichgültig, ob wir bei der Sy.-Elektrisirung einen starken oder einen schwachen Strom benutzen. Dass aber ein galvan. Strom von z. B. 0.2 M. A. tief liegende Theile des Nervensystems mit hinreichender Sicherheit treffen könne, dürfte jedenfalls nicht sehr wahrscheinlich sein.

3. Endlich hat man die Beobachtung gemacht, dass nicht nur Neurosen des Kopfes durch die Sy.-Elektrisirung beseitigt werden können, sondern auch solche der Extremitäten. R. Remak fand, wenn ich nicht irre, in dieser Thatsache eine Bestätigung für seine Hypothese. Ich habe auch in der That mehrfach auf diese Weise z. B. einen ischialgischen Schmerzanfall mit der grössten Präcision beseitigt, es hat sich jedoch herausgestellt, dass ich in diesen Fällen durch die Elektrisirung des Unterarms genau dasselbe ausrichtete.

Wir dürfen also sicher ohne besonderes Bedenken den Schluss ziehen, dass der elektrische Strom bei der sogenannten Sympathicuselektrisirung einfach dadurch wirksam ist, dass er Haut-Endorgane centripetaler Fasern und möglicherweise auch diese Fasern selbst in Erregung versetzt und auf dem Wege des Reflexes den pathologischen Process beeinflusst.

Gelegentlich könnte auch die Sy.-Elektrisirung auf eine andere Weise wirksam werden. Wenn wir die eine Elektrode in den Nacken setzen, werden wir nicht verhindern können, dass Stromesschleifen das Cervicalmark treffen, und es wird dann theils von der Stärke des

*) Dagegen dürfte es fraglich sein, ob die Elektrisirung jedes beliebigen Hautstücks *gleich kräftig* wirkt.

angewendeten Stromes, theils von individuellen Verhältnissen abhängen, ob solche Schleifen eine hinreichende Wirkung entwickeln können. Die Möglichkeit eines solchen Vorgangs kann selbstverständlich nicht in Abrede gestellt werden. Dass aber die Sy.-Elektrisirung nicht für gewöhnlich auf diese Weise wirkt, schliesse ich theils aus meinen oben mitgetheilten Erfahrungen, theils daraus, dass ich in solchen Fällen, wo die Elektrisirung des Cervicalmarks mit einer andern Stromesart als die des Hautorgans vorgenommen werden musste, immer die für die Hautelektrisirung eigenthümliche Reactionen bekommen habe, selbst wenn ich mit einem starken Strom in der Nähe der Wirbelsäule elektrisirte.

Können wir aber, wie bemerkt, nicht von der Möglichkeit absehen, dass die Sy.-Elektrisirung gelegentlich auch als *centrale* Elektrisirung wirkt, so lassen wir von dieser elektrotherapeutischen Methode, deren Wirkungsweise also im Vorhinein sich nicht sicher bestimmen lässt, lieber ab, und ziehen künftig nur präcisere Verfahren in Gebrauch.

II. Referate und Kritiken.

286) **V. Marchi** (Pavia): Sulla fine struttura dei corpi striati e dei talami ottici. (Ueber den feineren Bau des corpus striatum und des thalamus opticus.) (Riv. Sperimentale di Freniatria XII 4. 121 S. 6 Tafeln.)

Marchi hat nach der Golgi'schen Tinctionsmethode gearbeitet und damit in der That ausserordentliche Erfolge erzielt; schon seine Tafeln wirken wahrhaft überraschend*). Er betont zunächst, dass nucl.

*) Ref. hat bisher in der deutschen Fachliteratur noch keine Darstellung der Methode von Golgi gefunden, die wohl dazu prädestinirt ist, alle übrigen Härtungs- und Färbungsmethoden des Gehirns für einige Zeit ganz zu verdrängen, selbst die Weigert'sche. Vor der Eröffnung des Schädels werden mehrere Durchströmungen des Gehirns von der Carotis aus mit 2½ Kal. bichrom.-Lösung gemacht. Das Organ kommt dann in grösseren Stücken auf 24 Stunden in Müller'sche Flüssigkeit. Darauf in kleineren Stücken von ½—1 Cubikcm. Grösse für 8—10 Tage in neue Müller'sche Flüssigkeit. Dann kommt jedes Stück in eine reichliche Quantität von 8 Theilen M. Fl. + 2 Theilen 1 % Osmiumsäure-Lösung. Nach 24 Stunden überträgt man direct in 9,6% Argent. nitr.-Lösung, die man nach einer halben Stunde mit einer neuen gleichen Lösung vertauscht. (Eine ½% Lösung von Sublimat hat eine ähnliche Wirkung und den Vorzug grösserer Billigkeit.) In letztgenannter Lösung können die Stücke beliebig lange verbleiben; 48 Stunden genügen aber schon. Die Stücke können sofort geschnitten werden, die Schnitte dürfen nicht zu fein ausfallen und kommen vom Messer in gewöhnlichen Alcohol, aus diesem in Kreosot bis zur vollkommenen Aufhellung und nach kurzem Aufenthalte in Terpentin in Canada-Balsam. Man kann das Deckglas ruhig fortlassen.

lenticularis u. n. caudatus nur ein Organ bilden, und dass die innere Capsel sie durchaus nicht trennt. Mikroskopisch fand er im C. striatum Ganglienzellen von 20— 50 μ. Grösse, meist pyramidal geformt; jede besitzt zahlreiche protoplasmatische und nur *einen* nervösen Fortsatz; die Golgi'sche Methode lässt zwei Arten solcher Zellen erkennen, grössere von 20 bis 50 μ, kleinere von 15—20 μ; im N. lenticul. überwiegen die grösseren Zellen, die Achsen der Zellen nehmen die verschiedenste Richtung ein, der nervöse Fortsatz der Zellen (so bezeichnet Golgi den „Axencylinderfortsatz") entspringt manchmal aus der dicken Wurzel eines protoplasmatischen Fortsatzes, bleibt eine Weile gradlinig und nimmt dann einen höchst unregelmässigen, geschlängelten Verlauf an, wobei, meist rechtwinklich, eine grosse Zahl feiner Fäden von ihm abgehen, die sich wieder in feinste Fäserchen spalten. Auch hier finden sich die beiden Zellentypen Golgi's; der erste Typus behält seinen Nervenfortsatz, bei dem zweiten löst derselbe sich ganz in feine Fäden auf. Ebenso verhalten sich die Nervenfasern, die in das c. str. eintreten; sie treten als Nervenfortsatz, zu einer Zelle oder lösen sich in ein Gewirr von Fäserchen auf. Etwas grössere Zellen, mit nur einem nervösen Fortsatz, denen im Vorderhorn des Rückenmarks sehr ähnlich, finden sich im thal. opticus; sie gehören überwiegend dem ersten Typus Golgi's an. Entsprechend diesen Verhältnissen treten die Nervenfasern beider Ganglienknoten entweder direct, als nervöser Fortsatz zu den Zellen, oder indirect, indem sie in ein Maschenwerk von Fasern zerfallen, das mit dem Netz communicirt, wie es der sich theilende Fortsatz der Zellen des zweiten Typus bildet.

Wie M. besonders übersichtlich am Gehirn von Fledermäusen darstellt, ebenso erkennbar auch beim Menschen, führt die capsula interna die Fasern der Pedunculi direct in den Stabkranz, enthält aber auch Fasern, welche vom Hirnstiel zu den Ganglien der Basis gehen, solche, welche von letzteren zum Stabkranz gehen, und schliesslich Fasern, die aus Zellen mitten in der inneren Kapsel entspringen und aufwärts oder abwärts verlaufen.

Die protoplasmatischen Ausläufer der Zellen nehmen an der Bildung des Nervenfasernetzes keinen Theil, sondern gehen zu den Gefässen und den Neurogliazellen. Die Neurogliazellen selbst haben sehr zahlreiche und feine, höchst verzweigte Fortsätze, die sich in die Wandung der Gefässe inseriren.

Auf Grund der Theorie Golgi's, nach der die Zellen des ersten Typus motorisch, die des zweiten sensorisch sind, schliesst M., dass das corp. striat. vorwiegend der sensorischen, der Sehhügel vorwiegend der motorischen Sphäre angehört, und dass überall im Gehirn jede spezifische Function sich nicht durch eine isolirte Action einzelner gangliärer Elemente, sondern durch ein Zusammenwirken ausgedehnter Zellengruppen vollzieht. Kurella (Owinsk).

287) **Ch. Sherrington:** Note on two newly described traits in the spinal cord. (Bemerkung über zwei kürzlich beschriebene Stränge des Rückenmarkes). (Brain Octob. 1886.)

Von Tooth ist kürzlich eine Beobachtung über einen Strang im menschlichen Rückenmark veröffentlicht worden, (vergl, Ref. 206) der dem von Woroschiloff am Kaninchen beschriebenen entspricht. Sherrington stellt die bisherigen Publicationen hierüber (Déjérine, Gowers, Westphal, Flechsig u. A.) zusammen und berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen am menschlichen Foetus und an Hunden, bei denen er Woroschiloff's Experimente wiederholt hatte. Einem Hunde wurde in der Narcose das Rückenmark in der Höhe des 9. Rückenwirbels bis auf einen Bezirk jederseits durchschnitten, den man sich durch zwei Linien begrenzt vorstellen mag von denen die eine (auf den Querschnitt des Rückenmarks) vom vorderen Ende der fissura anterior längs des Randes der Vorderhörner nach der Mitte des directen Kleinhirnstranges verläuft, die andere den grössten Querdurchmesser des Rückenmarkes darstellt. Ungetrennt bleibt demnach die vordere gemischte Region des Seitenstranges und ein Theil des directen Kleinhirnstranges sowie die Grundbündel des Vorderstranges (Flechsig). Die Hinterextremitäten sind alsdann völlig gelähmt und schlaff, aber Stechen, Kneifen und electrische Reizung wird unzweifelhaft empfunden, ausserdem erhöht electrische Reizung jedes blosgelegten n. ischiadic. den Blutdruck in der Aorta von 113 mm. auf 127. Dies Verhalten blieb auch nach Ligatur der Aorta über der Theilung in die art. lumb. bestehen, der Blutdruck blieb aber unvermindert, sobald das Rückenmark ganz durchschnitten wurde. Sh. schliesst hieraus, dass der anterolaterale Strang sensorisch ist. Der Querschnitt des Stranges hat im Lumbar-, Dorsal-, und Cervicaltheil die Gestalt eines Kommas, dessen Kopf im Seitenstrang an der vorderen Grenze des Pyramidenstranges liegt, dessen Schwanz sich längs des Vorderseitenstranges vom directen Kleinhirnstrang zur fissura anter. zieht. Er degenerirt oberhalb der Läsion. Die Degeneration reicht aber nicht höher hinauf als bis zum oberen Ende der Cervicalanschwellung.

Sh. bemerkt schliesslich kurz über das von Lissauer zuerst beschriebene und von Bechterew bestätigte zarte zwischen dem Seiten- und Hinterstrang belegene Bündel, dass er es beim 8 monatlichen Foetus und beim neugeborenen Hunde gesehen habe, rechnet es aber zum Hinterstrang, nicht wie Bechterew zum Seitenstrang.

Matusch (Sachsenberg).

288) **A. Cionini** (Reggio-Emilia): Sulla Struttura della Gliandola Pineale. (Ueber d. Structur der Zirbeldrüse).

(Revista speriment. di Freniatria XII. 4.)

C. hat die Zirbeldrüse nach der Methode von Golgi untersucht und gefunden, dass die Stromazellen des Organs nicht nervöser, sondern bindegewebiger Natur sind, dass sie keine Nervenfasern enthält, oder nur solche, die den Blutgefässen angehören, und dass sie keinerlei functionelle Bedeutung haben kann. Kurella (Owinsk).

289) **Bland Jutton:** The lateral recesses of the fourth ventricle, their relation to certain cysts and tumours of the cerebellum and to occipital meningocele. (Die Recessus lat. des 4. Ventrikels, ihre Beziehung zu gewissen Cysten und Tumoren des Kleinhirns und zu Occipital Meningocele.) (Brain Oct. 1886.)

Seine Resultate fasst S. in folgende Sätze zusammen: Verschluss oder Fehlen der recessus laterales des 4. Ventrikels im frühesten foetalen Leben führt zu Erweiterung des dritten Hirnbläschens und verursacht Ventriculo-meningocele die am Hinterhaupt prominirt. Findet der Verschluss erst nach der Geburt statt, so entstehen eine oder mehrere locale Cysten. Die Zotten des plexus choroid. innerhalb der Recesse können wachsen und einen zottigen Tumor bilden. Solche Tumoren sind mit Vorliebe Nester für Kalksalze und werden dann Psammome. Bezüglich der Ausführung muss auf das Original, das gute Abbildungen enthält, verwiesen werden.

Matusch (Sachsenberg).

---

390) **A. Philipps:** 2 Fälle von multipler Neuritis. (Aus der Klinik des Prof. Laschkewitsch in Charkow.) (Russkaja Medizina 1887. Nro. 13 und 14.) russisch.

Die differentielle Diagnose zwischen Poliomyelitis anterior acuta und Neuritis multiplex basirt besonders auf 3 Punkten:

1. Sensible Störungen, welche bei der Poliomyelitis fehlen, sind bei der Neuritis stark ausgeprägt.

2. Ein besonderes Verhältniss zwischen den willkürlichen Impulsen und der elektrischen Erregbarkeit: sind die willkürlichen Bewegungen bei vorhandener EaR recht vollkommen, so liegt eine Läsion der Vorderhörner des Rückenmarks vor.

3. Bei der Poliomyelitis anterior werden die verschiedenen Muskelgruppen in charakteristischer Weise ergriffen, die Neuritis dagegen ergreift die peripheren Abschnitte der Muskeln stärker und geht die Verminderung der elektrischen Erregbarkeit und des Tastgefühls centripetal vor.

Nach Jaccoud (1866) können nicht nur die von einem bestimmten Nervengeflechte versorgten Muskelgruppen erkranken, sondern es können im Gebiete eines und desselben Nervenstammes einige Muskeln unversehrt bleiben.

Verf. bietet nun zur Illustration des Vorangehenden 2 Fälle von multipler Neuritis dar.

1. Fall. Bei einem 30 jährigen Manne entwickelte sich rasch eine symmetrische Lähmung aller 4 Extremitäten; nach vorhergehendem 4–5 monatlichem Fieber, zeigten sich starke Schmerzen im Kreuze und 2 Monate später die Lähmung. Der Kranke hatte sich in Schachten, in welchen er arbeitete, häufig gründlicher Durchnässung ausgesetzt; Lues und Erblichkeit sind auszuschliessen. Bei der Aufnahme fiel der besondere, nur durch Unterstützung von Krücken ermöglichte Gang auf mit vorgebeugtem Rumpfe, schleifender Fussspitze und anfänglichem Stützen auf die Zehen; bei geschlossenen Augen tritt im

Stehen nach kurzer Zeit Schwanken auf. Die Flexion des Fusses und der Zehen ist unmöglich. Ab- und Adduction des Fusses und das Spreizen der Zehen sehr erschwert; passive Extension des Fusses unbehindert.

Die rechte Hand kann nicht gestreckt, nicht ad- und abducirt werden, der Daumen kann nur bis zum Zeigefinger opponirt werden, der Kranke kann Hand und Finger auf Verlangen nicht strecken; Dynamometer = 4. *Die linke Hand* kann nicht vollständig nach rechts und unten flectirt, gehoben und gestreckt werden, Flexion des Unter- zum Oberarm ist völlig möglich, der Daumen wird nur schwach flectirt und adducirt, die Finger werden nicht vollständig gespreizt, der Daumen nur bis zum Zeigefinger opponirt. Dynamometer = 20. Das *Tastgefühl* ist in den ersten 3 Fingern der rechten Hand, besonders in der Vola stark herabgesetzt, wird nach oben zu besser; an der linken Hand dasselbe, nur schwächer. Die Sohlen und Zehen empfinden eine Berührung überhaupt nicht, ebensowenig die Dorsalfläche des rechten Unterschenkels, auf dem linken Arm ist die tactile Empfindung abgeschwächt. Der *Temperatursinn* ist besonders rechts auf Händen, Füssen und Unterschenkeln herabgesetzt, perverse Temperaturempfindungen fehlen. Die *elektrocutane Sensibilität* ist stark vermindert, besonders rechts an den Händen, den Fussrücken, den Unterschenkeln, den Sohlen, ebenso die *Schmerzempfindung*. Die *Faradocontractilität* der Muskeln an Händen und Unterarmen stark herabgesetzt, die stärksten Ströme contrahiren die Extensoren und Flexoren der Finger gar nicht. Die *Galvanocontractilität* der Muskeln ist auch abgeschwächt, 20 Elemente (MA ? Ref.) rufen an den Muskeln der Unterschenkel und Füsse eine kaum merkliche Contraction hervor. Der *Muskelsinn, sowie die Vorstellung von der Lage der Glieder* sind erhalten, die Radialseiten der Unterarme druckempfindlich. — Kälte, Cyanose der Haut an den Beinen und leichtes Oedem der Fussrücken. — Patellar- und Sohlenreflex, Fussklonus fehlen, Bauch- und Cremasterreflex sind vorhanden.

Es waren nicht sämmtliche von den Geflechten versorgten Muskelgruppen erkrankt, so im Gebiete des Radialis nur die Supinatoren und Extensoren, der Triceps blieb normal, Medianus und Ulnaris waren wenig ergriffen; am Beine war nur der N. peronaeus profundus ergriffen.

Die Diagnose wurde auf Grundlage der Sensibilitätsstörungen und der ungleichen Vertheilung der Lähmung auf Polyneuritis gestellt und besserte sich der Kranke unter dem Gebrauche von Jodkalium, Natrum bromat., salicyl., Strychnin nitricum und zuletzt Argent. nitricum und Schlammbädern recht bedeutend.

2. *Fall.* 54jähriger verabschiedeter Soldat, Alkoholiker, wird am 12. X. 1886 in die Klinik aufgenommen. Vor $2^1/_2$ Monaten Formication und Vertauben in Fingern und Zehen, bald darauf reissende Schmerzen in denselben Stellen, welche besonders Nachts wütheten: 2—3 Wochen darauf Erschwerung der Bewegungen in allen Extremitäten. Bei der *Aufnahme fanden sich Trockenheit der Haut, Cyanose*

der Extremitäten, besonders ausgeprägte Muskelatrophie an den Händen und Schulterblätter. Beim Stehen starkes Schwanken mit Schmerzen in den Sohlen, welche den Boden als sehr heiss empfinden. Der Kranke geht äusserst vorsichtig, stampfend, ohne die Kniee zu beugen, schwankt beim Stehen mit geschlossenen Augen und führt das Umkehren sehr schwerfällig aus. Die Beweglichkeit in den Hand- und Metacarpalgelenken schmerzhaft und beschränkt, in den Fuss- und den Tibiotarsalgelenken fehlend. Die *Coordination* der Bewegungen sowie *das Muskelgefühl* sind normal, *Dynamometer* rechts = 30, links = 20, *die mechanische Erregbarkeit* und der *Tonus der Muskeln* sind stark herabgesetzt. Die *Tastempfindung* ist an den Sohlen und dem linken Fussrücken verloren gegangen, am rechten Fussrücken und dem linken Unterschenkel stark herabgesetzt, auf dem rechten Unterschenkel und den Oberextremitäten bis zu den Oberarmen abgestumpft. Die *Schmerzempfindung* dagegen ist stark erhöht, Druck auf Füsse und Unterschenkel ist sehr schmerzhaft, besonders sind die Kniekehlen empfindlich, an den Armen ist die Schmerzempfindlichkeit besonders an den Händen, Druck auf Tibia und Fibula sehr schmerzhaft, der Ischiadicus dagegen druckempfindlich. Die *elektrocutane Sensibilität* ist an den Sohlen und dem linken Fusse bedeutend abgeschwächt, die *galvanische* und *faradische Erregbarkeit* der Muskeln an den oberen, besonders aber an den unteren Extremitäten stark herabgesetzt. EaR nicht vorhanden.

Der Kranke wurde im Verlaufe von 3 Monate mit Schlammbädern, später mit Faradisation und Galvanisation, innerlich mit Natrum salicylicum et jodatum, Argentum nitricum, zuletzt mit Ferrum jodatum behandelt und besserte sich recht bedeutend.

Der Fall zeigte einige Aehnlichkeit mit Tabes dorsalis (Romberg'sches Symptom, lancinirende Schmerzen, ataotischer Gang, Fehlen der Sehnenreflexe), von der er aber durch den Mangel jeder Coordinationsstörung, die Anwesenheit tiefer Ernährungsstörungen der von den kranken Nerven versorgten Muskeln, starker Veränderungen der elektromuskulären Erregbarkeit, die mangelnde Myosis und den acuten Verlauf sich unterschied und der Pseudotabes alcoholica (Polyneuritis alcoholica) mehr angehört. Dafür sprechen: die unleugbare vermehrte Schmerzempfindlichkeit in den erkrankten Nerven und den zugehörigen Muskeln, das Auftreten von reissenden Schmerzen neben den constanten und das nächtliche Exacerbiren derselben; die Schmerzen verdeckten im Stehen und Gehen durch ihre Stärke den Grad der Lähmung. Die hier so deutlich ausgesprochenen Störungen der Sensibilität, die Druckempfindlichkeit der ergriffenen Nerven und Muskeln und der ganze Verlauf der Krankheit sprechen gegen eine Poliomyelitis anterior acuta.

Die beiden Fälle unterscheiden sich durch die stärkere Erkrankung der motorischen Sphäre im ersten, durch die grössere Affection der Sensibilität im zweiten Falle und wird diese Differenz durch die resp. ätiologischen Momente — Erkältung — Alkoholismus erklärt.

Verf. theilt zum Schlusse einen charakteristischen Fall von Pseudotabes (Polyneuritis) e frigore mit, in welchem die ersten Symptome

der multiplen Neuritis 2 Tage nach einer plötzlichen Uebergiessung mit kaltem Wasser bei 35° Aussentemperatur beim Reinigen eines Brunnenrohres auftraten und der nach $2^1/_2$ monatlicher Behandlung mit Ol. Terebinth. (intern), Kalium jodatum und Natrum salicylicum fast geheilt entlassen wurde. Hinze (St. Petersburg).

---

291) **H. Parinaud** (Paris): Paralysis of the movement of convergence of the eyes. (Convergenzlähmung.) (Brain. Oct. 1886.)

P. unterscheidet zwei Formen von Convergenzlähmung aus centralen Ursachen, die *essentielle* und die *combinirte*. Das Verhalten der Diplopie bei der ersten Kreuzung der Doppelbilder, die sich bei den verschiedenen Blickrichtungen nur wenig verschieben, unterscheidet sie von allen gewöhnlichen Lähmungsformen der recti interni. Meist ist Accommodationslähmung in verschiedenem Grade damit verbunden, sowie Pupillenstarre bei Convergenzbewegung, aber erhaltener Lichtreflex der Pupille. Die Convergenzbewegung kann ausser dieser directen Lähmung auch durch Aufhebung der Divergenz gestört sein, die fast nur aus dem Character der Diplopie zu erkennen ist. Sie erscheint erst in einer bestimmten Entfernung des Objectes, ist ungekreuzt, die Doppelbilder sind wenig getrennt und entfernen sich bei Aenderung der Blickrichtung nicht merklich von einander. Hier ist die Fähigkeit behindert, die Augen für entferntere Objecte einzustellen, während Fixirung näherer möglich ist. Ist auch die Convergenz gestört, so ist deutliches Sehen nur in *einem* Punkte möglich, jenseits desselben ist die Diplopie ungekreuzt, diesseits gekreuzt. Der mit dieser Sehstörung verbundene Schwindel ist nur theilweise Folge derselben, die Beobachtung, dass die meisten Kranken auch unabhängig von der Diplopie über Schwindel klagen und die Affection öfter zusammen mit Ohrenerkrankung vorkommt, lässt P. vermuthen, dass die Ursache eine gemeinsame ist, und deren Sitz das Kleinhirn. Bei einem seiner Kranken bestand zugleich Convergenzlähmung und Menière'sches Symptom.

Die *combinirte Form* der Convergenzlähmung bildet das Hinzutreten von Lähmung der Hebung und Senkung des bulbus, bei erhaltener Bewegungsfähigkeit seitwärts. Sie ist selten typisch, meist unvollständig und ist wahrscheinlich Folge einer Läsion der Oculomotoriuskerne oder eines derselben (?) vielleicht auch der Vierhügel.

Matusch (Sachsenberg).

---

292) **J. S. Bristowe:** Sequel to a case of ophthalmoplegia etc. (Bemerkung zu einem Falle von Ophthalmoplegie.) (Brain Jan. 1887.)

B. berichtet über den Ausgang des im Brain 1885 (vergl. d's C.-Bl. 1886 S. 466) veröffentlichten Falles der Gertrude H. Im Laufe des nächsten Jahres verloren sich alle Erscheinungen (Abducenslähmung, Parese des rechten Armes etc.).

Matusch (Sachsenberg).

---

293) **Hughes Bennet:** Case of remarcable Hyperexcitability of the muscles and of the body to mechanical percussion with clonus of various regions. (Fall von auffallender H. der Muskeln und des Körpers für Beklopfen, mit Clonus verschiedener Theile). (Brain July 1886.)

Bei einer 26 jährigen Haushälterin hatten sich, ohne sonstige Anzeichen von Hysterie, mehrmals täglich Krämpfe bald des linken Armes, bald des rechten Beines, bald beider zusammen eingestellt, die für einige Minuten die Extremität in sonderbarer Weise verdrehten. Bewusstsein dabei völlig erhalten. Ausser diesen Zuständen temporäre Aphonie, Zuckungen in beiden orbicul. ocul. und Krampf im Larynx und Pharynx. Schlag auf gewisse Sehnen, Patellarsehne, Tricepssehne und Fascien, z. B. an der Stirn und Schläfe bewirkten tonische Muskelcontraction, und darauf folgenden minutenlangen Clonus der betr. Muskeln. Zuweilen gerieth von diesen aus die gesammte Körpermuskulatur in klonisches Zucken oder Zittern. Das von Beevor beschriebene Kieferphänomen fand sich ausgeprägt vor, mitunter gefolgt von Krampf des Larynx, der sich in Athempause und Aphonie äusserte. Das Kieferphänomen liess sich in zwei Formen erzeugen. Druck auf die Zähne und Schlag auf den abwärts drückenden Finger, wie es B. beschreibt, versetzte den Kiefer in langsame Zuckungen (6—8 mal p. Stunde). Direkter Schlag auf den Kiefer oder den M. masseter dagegen in schnellere (15—20) ähnlich wie beim Zähneklappern. Die Ursache der Verschiedenheit sieht Verf. in dem Druck des Fingers im ersten Falle. Bromkali und Cholralhydrat brachte in wenigen Wochen Heilung. Verf. vermuthet eine gesteigerte Reizbarkeit der spinalen Centren, deren angehäufte motorische Energie theils zu spontanen Krämpfen explodirte, theils durch mechanischen Reiz zu clonischen Zuckungen.

Matusch (Sachsenberg).

---

294) **Wm. Townsend Porter** (St. Louis): Subdural hemorrhage. (St. Louis Medic. and Surgic. Journ. Febr. 1887.)

Eine in bewusstlosem Zustande in's Hospital aufgenommene Frau zeigte folgende Symptome: Quetschwunde auf dem linken process. mastoid., Cheyne-Stokes'sches Athmen (die exspirirte Luft riecht nach Alcohol), das bald in stertoröses übergeht, Erweiterung und Starrheit der Pupillen, deren rechte etwas grösser als die linke ist, mässige Parese der ganzen linken Körperhälfte, geringer Eiweissgehalt des Urins; einige Stunden später schwache Convulsionen namentlich in der rechten Körperseite, Paralyse der Blase, Abweichung des Kopfes und rechten Auges nach rechts. Tod 48 Stunden nach der Aufnahme.

Section. Ecchymose über dem oberen Winkel des Hinterhauptsknochens; zwischen dura und pia cerebri ein fast die ganze rechte Hemisphäre bedeckendes 170,0 schweres Blutextravasat; die Windungen der rechten Hemisphäre etwas abgeflacht die Hirnsubstanz sonst normal.

Voigt (Oeynhausen).

295) **S. Laache**: Hyperästhesia plantae bilateralis. (Norsk. magazin for laegevidensraber. 47. Jahrgang. Bd. 1. Jan. 1886.)

296) **A. L. Faye**: Endun et Tilfaelde of Hyperästhesia plantae bilateralis. (Ebendaselbst. April 1886.)

L. beschreibt ausführlich folgenden Krankheitsfall: Pat., Tischler, von gesunden Eltern; als Kind rachitisch, ging erst bei 3 Jahren. Seit dem Confirmationsalter häufig dyspeptische Beschwerden, Ructus, Flatulenz.

Aug. 1883 bemerkte Pat. zuerst Empfindlichkeit unter den Fusssohlen, besonders der Ferse, eine Art Brennen, während er stand und arbeitete. Bei stärkerem Schmerz strahlte es auch über die Planta aus. Gleichzeitig trat Fussschweiss auf, was früher nie der Fall gewesen war. Diese Empfindlichkeit nahm mit der Zeit so zu, dass er nicht mehr gehen oder stehen konnte, und häufig zu Bette liegen musste. Das Anziehen der Stiefel verursachte starke Schmerzen, hatte er sie aber einmal an, so konnte er bequemer gehen als barfuss.

Im Mai 1884 wandte er sich an Verf. Stat. pr. Pat. blass und mager, augenblicklich keine Cardialgie, keine Oedeme; beide Fusssohlen schwitzend, keine ausgesprochene Schwellung; Druck auf die Fusssohlen besonders der Fersen stark schmerzhaft. Gefühl und Reflexe in den Unterextremitäten normal.

Nach mehrmonatlicher vergeblicher Behandlung mit Inductionsstrom (electr. Pinsel auf die Ferse), Milchdiät (gegen die Dyspepsie) Salicylnatron, Karbolinjectionen, Bleiwasser, Morphiuminjectionen meist bei Bettlage, wurde den 15. Juli bis zum Knie hinauf an beiden Unterschenkeln ein Gypsverband angelegt. Nach einigen Wochen unblutige Dehnung des N. ischiadicus vorgenommen durch Hyperflexion im Hüftgelenk, an beiden Beinen zugleich. Nach 4 Wochen wurde der Gypsverband erneuert, wobei sich die Empfindlichkeit bedeutend vermindert zeigte, nach einigen weiteren Wochen wurde die Hyperflexion im Hüftgelenk wiederholt, diesmal je an einem Beine zur Zeit, bei gestrecktem Knie und wohl fixirtem Becken, wie es scheint ohne Chloroform, da die Operation als schmerzhaft bezeichnet wird. Im October wird Pat. bedeutend gebessert entlassen. Die Besserung schritt stetig fort, bis nach einigen Monaten alle Symptome verschwunden waren und Pat. sich ganz gesund fühlte.

Durch diesen Fall veranlasst, theilt Faye einen ähnlichen mit. Derselbe betraf eine nervös disponirte Frau von 60 Jahren mit ähnlichen localen Erscheinungen, nur ohne Fussschweiss, im Gegentheil waren ihre Füsse sehr trocken, auch war es ihr gleichgiltig ob die Füsse bekleidet waren oder nicht. Nach langer vergeblicher Behandlung mit allen möglichen Mitteln hatte Pat. auf Rath einer Bekannten begonnen, die Füsse täglich in warmer starker Salzlösung zu baden, mit dem Erfolge, dass die brennenden Schmerzen bald ganz schwanden. Nach längerer Zeit stellten sie sich wieder ein, worauf Pat. gleich wieder zu ihren Salzbädern griff, die auch dieses Mal vom besten Erfolge begleitet waren. Buch (Willmanstrand, Finnland).

297) **Ferrand** (Paris): L'exercice du langage et l'aphasie; lésions anatomiques. (Die Sprache und die Aphasie.)

(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 31.)

Unter den verschiedenen Formen von Aphasie kommt diejenige, welche durch eine Läsion des motorischen Sprachcentrums entstanden und von Charcot desshalb motorische genannt ist, am häufigsten vor.

Dieselbe zeichnet die Merkwürdigkeit aus, dass oft nach Rückkehr der Sprache noch längere Zeit die Unfähigkeit, mit lauter Stimme vorzulesen, fortdauert, oder dass das gehörte Wort, nicht aber das gelesene, gesprochen werden kann.

In andern Fällen ist es dem Kranken unmöglich, Worte zu sprechen, wohl aber sie zu singen.

Diese Anomalien haben ihren Grund einestheils in der noch nicht völlig verheilten oder in der nur theilweisen Störung des erwähnten Centrums, anderntheils darin, dass an die Stelle der früher vorhanden gewesenen und unthätig gewordenen Associationen neue compensirende getreten sind. Wort-Centren sind wahrscheinlich Nerven-Herde (Foyers) deren Ausbildung allein nur die Tonsprache vermittelt.

Diese Uebung findet nur in den Herden der linken Hemisphäre statt, tritt aber hier irgend ein Accidenz ein, so setzen sich auch die Foyers der rechten Hemisphäre in Thätigkeit, um den entstandenen Defect auszugleichen.

In diesem Sinne ist der Mensch nicht ambidexter, wie diesem Zustand die besondere Uebung der einen oder anderen Körperhälfte Vorschub leistet.

Im Allgemeinen tritt die Intelligenz bei der Sprache nur dann in Thätigkeit, wenn es darauf ankommt, dieselbe in schöner und praeciser Form zu sprechen. Pauli (Köln).

---

298) **Blansford Lewis** (St. Louis): Superfical Burns. Tetanus Death. (Oberflächliche Verbrennung. Tetanus. Tod.) (St. Louis Medic. and Surg. Journ. Febr. 1887.)

Am 4. Tage nach oberflächlicher, aber ziemlich ausgedehnter Verbrennung begann der Kranke in Absätzen zu deliriren, während die Wundheilung normal von statten ging; etwa 6 Tage später stellte sich hochgradige Unruhe, anhaltende Delirien, dann tetanische Krämpfe ein; Tag's darauf erfolgte der Tod unter geringer Temperatursteigerung.

Voigt (Oeynhausen).

---

299) **G. Winner** (Wilmington, Del.): A case of Basilar Meningitis.

(The Therapeutic. Gazette. 15. Jan. 1887.)

Der 3jährige Sohn gesunder Eltern wurde plötzlich unter Verlust des Bewusstseins von allgemeinen Krämpfen befallen, dann nach 20 minutlicher Dauer ein schnell vorübergehender Zustand des Stupors, dem vollkommenes Wohlbefinden folgte. Die Krämpfe begannen mit Zuckungen der Hände und Vorwärtsfallen des Kopfes; zugleich wurden

die Arme aufwärts gegen den Kopf gezogen, die Augäpfel drehten sich nach oben, die Kinnbacken bewegten sich äusserst schnell; alsdann folgte partieller Opisthotonus, endlich Aufhören der Krämpfe unter Gähnen, schwerem Athemholen und Ausstossen eines Schrei's, wie in Folge von Schreck. Diese Anfälle wiederholten sich in den nächsten 14 Tagen etwa 6 mal und fast genau in derselben Weise; dazu gesellten sich hartnäckige Verstopfung, leichte krampfhafte Bewegungen der Hände nach dem Kopfe, wobei das Kind schrie oder seufzte, mässige Steifheit der Nackenmuskulatur, geringe Anschwellung der Cervicaldrüsen, abendliches Fieber. Unter dem Gebrauche von spanischen Fliegen, Bromiden, Calomel u. s. w. trat Besserung ein, nachdem im Laufe von 4 Monaten etwa 35 der oben beschriebenen schweren und unzähligen leichtern Krampfanfälle dagewesen waren; 6 Monate später bestand nur noch geringe Steifheit der Nackenmuskeln und Anschwellung der Halslymphdrüsen.

Voigt (Oeynhausen).

---

300) **B. Watkins**: Cerebral Syphilis with a Report of five Cases. (Ueber Hirnsyphilis nebst einem Bericht über 5 Fälle).

(The American. Lancet, Febr. 1887 p. 41.)

Verf., dessen Fälle übrigens nichts Neues bringen, hebt hervor, dass in solchen Fällen stets eine Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden sei; dies Symptom sei daher, wie dies auch schon Althaus angegeben, characteristisch für die Erkrankung.

Voigt (Oeynhausen).

---

301) **Lester Curtis** (Chicago, Illin.): On the absence of the patellar reflex in health. (Ueber das Fehlen des Patellarreflexes bei Gesunden). (The Therapeutic Gazette 15. Febr. 1887.)

Verf. meint, dass der Patellarreflex bei Gesunden wahrscheinlich in einer grossen Procentzahl fehle (?); die Leute, bei denen er denselben nicht gefunden, hätten sämmtlich beträchtliche Muskelkraft und hochgradig Muskeltonicität, vor Allem aber bedeutende „Hemmungskraft" gehabt (Leute, die bei einem plötzlichen Shock die Selbstcontrole nicht verlieren). Er vermuthe deshalb, dass die Mehrzahl der mit dem Patellarreflex Behafteten an schwachen Nerven und undisciplinirten Muskeln u. s. w. litten (?). Wenn man daher dem Fehlen des Patellarreflexes bei der Tab. dors. eine grosse diagnostische Bedeutung zuschreibe, so müsse dies, wenn anders seine Beobachtungen richtig seien, erheblich modificirt werden — und dies um so mehr, als Hirt in der Berl. klin. Wochenschr. März 1886 3 Fälle von Tabes beschrieben habe — Verf. citirt einen grossen Theil jener Arbeit in wörtlicher Uebersetzung —, in denen die Patellarreflexe vorhanden waren.

Voigt (Oeynhausen).

---

302) **Chr. Leegaard:** Elektrotherapi. (Elektrotherapie im Umriss.) (Christiana 1887. 172 S. 130. Holzschnitte.)

L. giebt nach einer zur Orientirung hinreichenden physikalischen und physiologischen Einleitung eine klare und übersichtliche Darstellung des Wesentlichen aus der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Er fusst dabei im Wesentlichen auf den neusten deutschen Arbeiten, deren Kenntniss überall hervortritt. Im einzelnen möchte Ref. noch folgende seiner Bemerkungen hervorheben.

In dem physikalischen Abschnitt findet sich eine empfehlenswerthe Anleitung zum Analgamiren des Zinktheils der Elemente, und eine Beschreibung einer brauchbareren Form des Leclanché-Elements (Briquette-Element) ohne den Thoncylinder.

Von Galvanometern empfiehlt L. den Edelmann'schen Taschengalvanometer; dem neuerdings weit verbreiteten Hirschmann'schen wirft er — gewiss mit Recht — die ungenügende Dämpfung und die damit bedingte lange Schwingungsdauer der Nadel vor. Die Prüfung der farado-cutanen Sensibilität wird sehr skeptisch aufgefasst, ebenso die Frage nach der isolirten Erregung des Sympathicus.

Die partielle Entartungsreaction erklärt L. dadurch, dass der Nerv dabei nur in sehr geringer Ausdehnung erkrankt sein muss. Bei der Elektrodiagnostik des Ohrs vermisst man eine Beachtung der einschlägigen Untersuchungen von Buccola.

Für die therapeutische Anwendung legt L. keinen besonderen Werth auf die polare Application, schliesst sich in der Beurtheilung der Bedeutung der Stromdichte an C. W. Müller an, betont aber, dass es nicht gleichgiltig wäre, ob man $^1/_{10}$ oder $^4/_{40}$ M. A. durch den Körper des Kranken leitet. Das elektrische Bad betrachtet er als eine hautreizende Procedur.

Die Angabe von Engelskjön über die Wahl der Stromart hält er für unsicher.

Gelinde Durchströmung des Kopfes empfiehlt L. besonders bei Apoplexieen und Emollitionsprocessen; bei Psychosen empfiehlt er in allen Fällen längere Zeit fortgesetzte galvanische Behandlung; man soll es auf verschiedene Arten versuchen.

Die Angaben L's. über alle weiteren Kapitel der Elektrotherapie geben dem Ref. keinen weiteren Stoff zu Bemerkungen mehr.

Kurella (Owinsk).

---

303) **De Capoa Michele** (Neapel): Le injezioni ipodermiche di Sublimato nella Cura della Rabbia. (Subcutane Sublimat-Einspritzungen gegen die Hundswuth). (32 S. Neapel 1886.)

Nach einer sehr eingehenden historischen Darstellung der Therapie der Rabies sucht C. ganz a priori das Sublimat als „pathogenetische und aetiologische Cur" zu characterisiren. Er theilt einen in dieser Weise von ihm ohne Erfolg behandelten Fall mit, in dem er in 11 Tagen 52 Centigramm des Mittels angewandt hat. Daneben empfiehlt er noch eine Reihe von symptomatisch, hygienisch und mo-

ralisch wirkenden Mitteln. Der Autor glaubt, die Patientin wäre gestorben, weil er wegen ihrer Schwäche die Injectionen am 12. Tage aussetzte; der Tod erfolgte am 13. Tage. Kurella (Owinsk).

---

304) **A. W. Orlow**: Einige Worte über die locale Anästhesie durch salzsaures Cocain. (Wratsch 1887. Nro. 14.) russisch.

Verf. hatte Gelegenheit in der Klinik des Prof. Monastyrsky 19 Fälle von localer Anästhesie vermittelst Cocain zu beobachten, die ihn zu folgenden Schlüssen veranlassten:

1. Geringe Dosen Cocain (0,03—0,45, einmal 0,12 Grm.) riefen schon mehr oder weniger vollständige Anästhesie bedeutender Hautpartieen hervor.

2. Da die anästhesirende Wirkung des Cocain eine streng örtliche ist und ganz von der Durchtränkung der Gewebe mit der Lösung abhängt, so muss die Injection womöglich in der Umgebung der ganzen Länge des beabsichtigten Schnittes ausgeführt werden, bei oberflächlichen Schnitten in die Haut und das Unterhautzellengewebe, bei tiefen Schnitten tiefer. Zu diesem Zwecke wird das Cocain in kleinen Portionen (3—4 Theile einer Pravaz'schen Spritze) mit 5—10 Stichen eingeführt.

3. Sehr bequem sind daher schwache Lösungen (in Verf. Fällen 1 : 60), welche die Möglichkeit geben die Lösung auf eine grosse Fläche zu vertheilen ohne die Dosis zu vergrössern.

4. Unangenehme Complicationen von Seiten des Herzens und dergl. wurden nicht beobachtet.

5. Deutliche Anästhesie tritt 10—15 Min. nach der Injection auf und währt ungefähr 1 Stunde.

Buch (Willmanstrand, Finnland).

---

305) **B. S. Heidenreich**: Ueber einen Fall von Hysterie bei einem Manne. (Wratsch 1887. Nro. 14.) russisch.

Verf. theilt die Krankengeschichte eines Soldaten (Juden) mit. Pat. neuropatisch, erblich belastet mit anthroplogischen Entartungsmerkmalen, zeigt folgenden Symptomencomplex: Spontane Lähmungen, meist monoplegia brachialis, Krämpfe, allgemeine Hemianästhesie und verstreute, vorübergehende Anästhesieen, Erhöhung der Sehnenreflexe, starke vasomotorische Störungen, äusserste psychische Erregbarkeit und Reizbarkeit in Verbindung mit Herzklopfen, Beängstigungen, Weinen etc. endlich allgemeine Krampfanfälle mit Verlust des Bewusstseins.

Pat. leitet den Beginn seiner Krankheit von einem Falle ins Wasser beim Untergange eines Flosses her. Verf. diagnosticirt den Fall auf Grund der Uebereinstimmung aller Erscheinungen als Hysterie und leitet das Entstehen derselben von der traumatischen Erschütterung bei dem sehr prädisponirten Pat. her. (Hystérotraumatisme, Charcot.) Buch (Willmanstrand, Finnland).

306) **Ernst Böhni:** Hystero-Epilepsie. Castration. — Heilung.
(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nro. 22. 1886.)

Kath. Sch., 25 Jahre alt, ist in keiner Weise hereditär belastet. Die Anamnese ergiebt unzweifelhaft das Vorhandensein hysterischer Zustände. Epilepsieartige Anfälle stellten sich sehr bald nachdem Verf. sie gesehen, ein. Dieselben wiederholten sich mit grosser Regelmässigkeit jeden Tag 3 Mal. Trotz aller innerer Mittel nahmen dieselben mit der Zeit an Häufigkeit zu (10—12 Mal in 24 Stunden). Das Allgemeinbefinden wurde immer schlechter. Die innere Untersuchung zeigte linkes Ovarium vergrössert, weicher (Perioophoritis). Die Annahme schien gerechtfertigt, dass von hier aus die epileptischen Anfälle ausgelöst wurden. Als die Anfälle sich noch weiter mehrten, ausserdem Schlundkrämpfe hinzutraten, welche die Aufnahme der Nahrung in hohem Masse beschwerten, die Abmagerung in Folge dessen einen bedrohlichen Grad erreichte, schlug Verf. die Exstirpation des l. Ovariums vor, von welchem aus jetzt auch bei Druck die typischen Anfälle ausgelöst werden konnten.

Das linke Ovarium zeigte sich bei der Operation vergrössert, matsch und mit vielen grösseren und kleineren Cysten durchsetzt, aber auch rechts war Vergrösserung und cystöse Entartung vorhanden, so dass beide Ovarien entfernt wurden. Die Operation gelang gut, die Heilung war nach 14 Tagen vollendet. Interessant war die Pulscurve. Vor der Operation bei ruhiger Bettlage zeigte der Puls 100—110 Schläge, nach der Operation 92, 90, 80. Am 6. und 7. Tage post oper. sogar nur 68—70 bei einer Temperatur von 37°. Dann stieg derselbe wieder auf 82, 84 und blieb vom 9. Tage ab auf 80. Verf. gibt einfach die Zahlen und meint, es wäre interessant zu erfahren, ob bei ähnlichen Fällen derartiges schon beobachtet sei. Die Anfälle blieben vom Tage der Operation an vollständig aus. Leider verschlechtert eine kurze Nachschrift dies günstige Resultat dahin; dass sich nach 4 Monaten wieder mehrere Anfälle zeigten, die aber den bedrohlichen Charakter von früher nicht wieder zeigten.

Goldstein (Aachen).

---

307) **J. Anderson:** On sensory epilepsy. (Ueber sensorische Epilepsie.)
(Brain Oct. 1886.)

S. B., Lehrer, 23 Jahre alt, erkrankte 1½ Jahr vor der Aufnahme mit eigenthümlichen durch den rechten Arm strahlenden Empfindungen, die anfallsweise anfangs selten, später täglich, zuletzt gehäuft an einem Tage auftraten. Vor jedem Anfall „eine bittere Empfindung" im Munde, die während des Anfalles fortbestand, nachher Gefühl von Kälte über die Schultern hinweg zum Hinterkopfe. Im Anfalle schwebten ihm Scenen aus der Kindheit vor und er glaubte die Stimmen von Kindern und einer Frau zu hören, gelegentlich gesellte sich dazu eine unangenehme Geruchsempfindung, niemals aber motorische Reizerscheinungen. Zunehmende Sehschwäche zuerst links, später rechts in Folge von Neuritis opt., am längsten erhielt sich die Seh-

fähigkeit des rechten Auges, wo halbseitiger temporaler Sehfelddefect bestand. Leichte rechtsseitige Facialisparalyse und geringer Strabismus etc. links, Geschmack beiderseits herabgesetzt, links Anosmie, rechts nicht. Erst gegen Ende des Lebens Somnolenz, Erbrechen; Steigerung der Sehnenreflexe, Auftreten von Fussklonus, Steifheit der Glieder, völlige Erblindung. Tod im Coma. Bei den Angehörigen häufige Phthisisfälle, sonst nichts Belastendes. Es fand sich ein wallnussgrosser Tumor an der Basis im Interpedunkularraum theils in die fossa pituitaria eingebettet und in die linke Orbita und durch das linke foramen ovale und rotundum eingedrungen. In seiner Umgebung lagen zahlreiche bis taubeneigrosse Blutcysten, fast ausschliesslich in die linke Hirnhälfte eingedrückt. Der linke Olfactorius war durch sie zerstört, der linke n. opticus und der n. tertius in die Tumormasse eingebettet, die linke Hälfte des chiasma und der l. Tractus erweicht. Die hinteren Dreiviertel des l. Temporo-sphenoidallappens durch die Cysten unterminirt. Mit Zuhülfenahme der Jackson'sche Theorie der Epilepsie und Ferriers Localisation erklärt sich Verf. die epileptoiden Symptome im vorliegenden Falle dahin, dass der Druck des Tumors auf den T. Sph. lappen, den gyr. uncinatus (das Riech- und Schmeckcentrum Ferriers) als auf die höchsten Centren Jackson's, paroxysmelle Entladungen ausgelöst habe, die auf die benachbarten (sensorischen) Centren ausstrahlten. Ferner werden die Beziehungen zwischen dem Wachsthum des Tumors und den einzelnen Erscheinungen des Krankheitsbildes eingehend erörtert.

Matusch (Sachsenberg).

---

308) **Tomaschewsky** (Odessa): Zur Frage über die Theilnahme der Hirnrinde am Zustandekommen des epileptischen Anfalls.

(St. Petersburger medic. Wochenschr. 1887. Nro. 12.)

M. N., 20 Jahre alt, bot folgenden Stat. praes.: Vollständige Lähmung des linken Armes mit Muskelatrophie und Contracturen aller Gelenke. Mitbewegungen bei willkürlichen Bewegungen des anderen Armes, selten krampfhafte Zuckungen. Lähmung am l. Bein weniger ausgesprochen. Zurückbleiben des Wachsthums der l. oberen Extremität. Alle 3 Arten der Hautsensibilität auf beiden Körperhälften gleichmässig herabgesetzt. Haut- und Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite erhöht. Schwachsinn als Folgeerscheinung der jahrelang anhaltenden wiederholten epileptischen Anfälle. Letztere waren in ihrer Häufigkeit schwankend, bald in regelmässigen Zwischenräumen, bald sehr unregelmässig auftretend. Jeder Anfall bot auf den ersten Blick das Bild eines typischen, idiopathischen, epileptischen Anfalls dar. Aura konnte nicht festgestellt werden. Die genauere Beobachtung des einzelnen Anfalls ergab ein vollständiges Umgehen des *linken* Armes sowohl in Bezug auf tonische als auch klonische Krämpfe. Auch waren sie im linken Bein weniger ausgesprochen. Die Muskeln des linken Armes verharrten übrigens nicht in vollständiger Ruhe; in ihnen traten während des epileptischen Anfalls sehr deutliche krampfhafte Zuckungen auf, welche bald einzelne, bald alle Muskelgruppen

des linken Armes betrafen, aber in ihrem Charakter als dem epilept. Anfall vollkommen fremd erschienen und sich gewissermassen als eine unzugehörige Ueberschichtung des regelmässig verlaufenden epileptischen Symptomencomplexes gestalteten. Sie ermangelten jedes Rhytmus und jeglicher Synchronie mit den allgemeinen Krämpfen. In der tonischen Phase des Anfalls fehlten sie häufig oder waren nur schwach, auf der Höhe des Anfalls aber erschienen sie stets, schwankend in Stärke und Zahl. Der Kranke starb an allgemeiner Entkräftung. Die *Section* ergab Läsion der hinteren Abschnitte der ersten und zweiten Frontalwindung, fast der ganzen vorderen Centralwindung, des vorderen oberen Segmentes des Paracentralläppchens und der beiden mittleren Viertel der hinteren Centralwindung. Die ergriffenen Windungen sehen stark macerirt aus. Der entsprechende Abschnitt des Sulc. Rolando war in eine ziemlich tiefe, beinahe 1 □-Ctm. messende Grube verwandelt, deren Boden mit schleimiger, gelbbrauner Masse bedeckt war, so dass er erweicht erschien, während die Seitenwände sclerosirt waren. Eine ähnliche schleimige Erweichung der Gehirnoberfläche im hinteren Abschnitt der ersten Frontalwindung und am oberen vorderen Winkel des lob. paracentralis. Graue Substanz im ganzen Gebiete der Läsion verschmälert und gelblich verfärbt. Im hinteren Drittel der zweiten Stirnwindung links befand sich ferner eine haselnussgrosse, scharf abgegrenzte Geschwulst.

Verf. zieht nun folgende Schlüsse: Die linksseitige Hemiplegie ist von der Affection der rechtsseitigen motor. Zone abhängig, da die Centren für Arm und Bein betroffen sind. Ferner liegt in der beschriebenen patholog. Veränderung der rechtsseitigen motor. Zone der Grund für das Auftreten der paradoxen, während des epilept. Anfalls beobachteten Erscheinungen. Experimentelle Zerstörung des einen oder des anderen Centrums schliesst den von diesem versorgten Muskelbezirk aus dem Bilde der allgemeinen Krämpfe aus. In diesem Falle ist nun keine einfache *Nichtheilnahme* des Armes, und die beschriebene Thatsache der krampfhaften Zuckungen findet nach Verf. ihre Erklärung in den Versuchen von P. Rosenbach nach Reizung der blossgelegten weissen Substanz im Bereiche der motor. Rindenzone, welche krampfhaftes Zusammenziehen einzelner Muskeln so lange hervorrief, als die Reizung dauerte. Die Blosslegung der weissen Substanz in der Nähe der motor. Centren hinderte den l. Arm an der Theilnahme an den allgemeinen Krämpfen, liess ihm aber noch das Recht, die mechanischen Reize, die während des Anfalls durch starke Schwankungen im Blutkreislauf hervorgerufen wurden, zu beantworten. Ist diese Ansicht richtig, so gibt der Fall nach Verf. eine sehr ernste klinische Stütze der corticalen Theorie der Epilepsie, welche als nothwendige Bedingung zum Zustandekommen des epilept. Anfalls die normale anatomische und functionelle Beschaffenheit der Grosshirnrinde aufstellt.

Die Quelle endlich, von welcher aus die Erregung der Hirnrinde und die davon abhängenden complexen Symptome des epileptischen Anfalls ausgingen, ist in der Geschwulst zu suchen, welche im hin-

teren Drittel der 2. Stirnwindung ihren Sitz hatte. Diese Annahme wird vom Standpunkt der corticalen Theorie aus betrachtet dadurch u. A. wahrscheinlich, dass die Geschwulst in naher Nachbarschaft der linksseitigen motor., anatomisch vollkommen gesunden Rindenzone ihren Sitz hatte. Goldstein (Aachen).

309) **L. Guesdon** (Paris): Du traitement des névralgies. (Behandlung der Neuralgien.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 80.)

Unter den gegen Neuralgie empfohlenen Mitteln ist das Aconitin dasjenige, welches den ersten Rang einnimmt, welches ferner bei Cephalalgie, Migräne, Pleurodynie sowie in Verbindung mit Chinin bei intermittirenden Neuralgien herrliche Dienste leistet.

Dieses Alkaloid soll anfänglich nur in der Dosis von 0,005, erst später von 0,006, nur 3 mal täglich genommen und diese Dosis, wenn Diarrhoe eintritt, verringert werden. Pauli (Köln).

310) **E. Morselli** (Turin): Manuale di Semejotica delle Malattie Mentali. (Handbuch der Symptomatologie der Geisteskrankheiten.) (Vol. I. Milano, Vallardi 1885. 432 S. 63. Illustrationen.)

Von diesem Buche des wohlbekannten Autors ist bisher nur der Band erschienen, auf den, als eine originelle und sehr hervorragende Leistung, wir die Fachgenossen aufmerksam machen möchten.

Was das Buch von allen ähnlichen Publicationen besonders unterscheidet, ist die Ausführlichkeit, in der es (auf 90 Seiten) die morphologischen Charaktere" und (auf mehr als 200 Seiten) die „kinesodischen und estesiodischen Functionen" untersucht. M. betont besonders die grosse Wichtigkeit sehr genauer Sensibilitätsprüfungen bei allen Geisteskranken und sagt schliesslich „wir müssen begreifen, dass der Sitz der psychischen Phänomene nicht in einem Organ oder dem Theil irgend eines Organs localisirt ist, wäre es auch das Gehirn, sondern sich vielmehr in allen Theilen, allen Geweben, allen Zellen des ganzen Organismus ergossen findet. Diese Doctrin scheinen nur die oben eingehend behandelten Alterationen der Sensibilität bei den Geisteskranken entschieden zu bestätigen". Man sieht, es fehlt M. nicht an originellen Gedanken, das ganze Buch ist so voll davon, wie von einer Fülle beglaubigter Thatsachen. Der erste Band behandelt in drei Capiteln zuerst die Methode der klinischen Psychiatrie, dann die historisch-genetischen Elemente der Diagnose (Heredität, häusliche und sociale Verhältnisse, individuelle Entwickelung) und das „objectiv somatische Element für die Diagnose der Geistesstörung".

Aus diesem letzten und dritten Capitel möchte Ref. neben dem oben Bemerkten noch hervorheben, dass die Cranioscopie und ferner die motorischen Störungen sehr ausführlich behandelt werden; diese beiden so wichtigen Capitel pflegen bekanntlich in unseren deutschen Handbüchern etwas stiefmütterlich abgefertigt zu werden.

Wir dürfen dem zweiten Bande, der die psychischen Symptome behandeln soll, erwartungsvoll entgegensehen. Kurella (Owinsk).

311) **Geo. H. Savage**: Presidential address. (Rede bei Uebernahme des Vorsitzes der medico-psychological association London).

(The journ. of ment. science Oct. 1886.)

Verf. bespricht die allgemeine Pathologie der Geistesstörung, d. h. „die krankhafte Zustände die zu psychischer Störung Anlass geben," wesentlich von dem Gesichtspunkt aus, dass es rein functionelle Geistesstörung giebt. Weit entfernt davon, die anatomische Forschung zu verachten, müsse er doch erklären, dass zwischen der wahren Pathologie der Geisteskrankheit und uns eine tiefe Kluft von Unkenntniss bestehe, die diejenigen sich bemühen auszufüllen, die Zeit und Kraft auf diese erfolglose Arbeit verwenden, „ihr Opfer gebe die Trittsteine für die zukünftige Vollendung". Lange vor Harvey hatte man die Structur des Herzens und der Gefässe gekannt, aber die einfache Thatsache des Blutkreislaufes war nicht entdeckt, so werde auch einmal der Entdecker des Kreislaufes der Nervenkraft in ihren Centren und Bahnen erstehen. Wenn man bedenkt, dass Gefühle sowohl wie gröbere Reize den entstehenden Körper modificiren können und selbst der voll entwickelte Organismus sich veränderten Bedingungen anbequeme, dürfe man nicht mehr das *Organ* für das Allmächtige halten, denn die Function könne es modificiren. Das Gehirn sei nicht auf einem eignen Piedestal errichtet, sondern anderen Körpertheilen gleich. Wie bei der Niere Functionsstörungen nicht blos als Folge organischer Erkrankung vorkomme, vielmehr auch ohne nachweisbare Veränderung im Gewebe und als Folge einer Erkrankung anderer Organe, so verhalte es sich mit der Störung der psychischen Funktionen und mit Gehirnleiden. Könne übermässige Anforderung an die Leistungsfähigkeit eines Organs wie der Niere, des Herzens, Krankheit desselben zur Folge haben, warum nicht Ueberanstrengung des Gehirns Gehirnleiden? Hier mag bemerkt werden, das Verf. sich mit Entschiedenheit für die Annahme von Ueberanstrengung als Ursache der Paralyse ausspricht, vorausgesetzt, dass das Gehirn ein unrichtiges ist, sei es durch Syphilis, Trunk, Blei etc. Daher — aus der Ueberanstrengung — resultire der gemeinsame Process trotz der verschiedenen ersten Ursachen. „Function könne ein Gewebe bilden und Funktionsstörung es zerstören".

Geisteskrankheit als Ausdruck einer Functionsstörung des Gehirnes begleite nicht blos die organische Erkrankung desselben, sondern sei auch die Folge von mangelhafter Ernährung des Gehirns ohne nachweisbare anatomische Veränderung, es sei „der psychische Ausdruck körperlicher Krankheit". Die wechselseitigen Beziehungen zwischen Psyche und Soma offenbarten sich auch in der Weise, dass Neuropathische körperlichen Krankheiten mehr ausgesetzt seien als geistig Rüstige: Geisteskranke leiden besonders häufig an Herz- und Nierenerkrankungen und ein chronisch Magenkranker wird reizbar, frömmelnd oder geisteskrank. Eltern, die an körperlicher Krankheit leiden, können ihren Nachkommen Disposition zu nervösen Leiden vererben, ebenso wie bei einem Individuum psychisches und somatisches Leiden (Asthma, Diabetes) alterniren können. Jede körperliche Krankheit habe ihr psychisches Signum; wenn mehr Sorgfalt auf diese Beob-

achtung gelegt wäre, würden wir viel weniger oft in Verlegenheit sein, wie die vagen Wahnideen eines Geisteskranken zu erklären seien.

Savage tritt somit auf einen Standpunkt zurück, der grösstentheils und seit langem verlassen worden ist. Consequenter Weise redet er der Anwendung örtlicher Reizmittel bei chronischen Psychosen das Wort und führt Beispiele an, wo „die unsühnbare Sünde mit dem Fliessen des Eiters am Kopfe verschwand“ und wo die systematisch fortgesetzte Führung ad absurdum den Kranken von seinen Wahnideen des Verfolgtseins heilte „nicht als ob ich den Unvernünftigen durch Vernunft geheilt hätte, aber jeder der überzeugenden Beweise hat als ein mildernder Zug gewirkt, bis völlige Gemüthsruhe eintrat.“ Zum Schluss sagt S. wörtlich: „Vernunft oder Gemüthsbewegung kann eine Hysterische heilen, Gebet ein gelähmtes Glied, der Einfluss eines Bischofs, überdies eines Erzbischofs ist mit Erfolg zur Beseitigung von Sinnesverwirrung bei Kranken in Bethlem angerufen worden, ich glaube indess nicht, dass derartige Massregeln eine organische Krankheit, sei es Gehirn oder Niere, heilen könnte. Es giebt eine zahlreiche Gruppe von Fällen, in denen auf die Function nicht auf das Organ der Blick zu lenken ist.“ Matusch (Sachsenberg).

---

312) **W. Coert** (Meerenberg): Dementia paralytica op hoogen leeftijd. (Ein Fall von Paralyse bei einer 60 jährigen Frau).

(Psychiatr. Bladen V. 1.).

C. giebt die Geschichte eines klassischen Falles von Paralyse, der ohne nachweisbares aetiologisches Moment entstanden, nach einem Depressionszustande von $1^1/_2$ Jahren Dauer schnell in maniakalische Erregung überging und nach 5 Monaten zum Tode führte. Es ginge nicht an, das Entstehen der Paralyse im hohen Alter zu leugnen.

Kurella (Owinsk).

---

313) **W. Coert** (Meerenberg): Cocaine in de psychiatrische praktijk. (Cocain in der psychiatr. Praxis.) (Psychiatr. Bladen V. 1.)

C. hat Cocain mit Erfolg bei einem Fall von Morphinismus, einigen Fällen von Melancholie und mit überraschender Wirkung bei hysterischen Frauen angewendet. Stets brachte hier das C. bei menstruellen hallucinatorischen Erregungszuständen Ruhe; das Medicament wurde innerlich 0,02—0,03 pro dosi, 0,1—0,15 pro die gegeben.

Kurella (Owinsk).

---

314) **G. E. Shuttleworth:** The relationship of marriages of consanguinity to mental unsoundness. (Heirathen Blutsverwandter und Geisteskrankheit). (The journ. of ment. science October 1886.)

Die Statistik hat die Frage, ob Blutsverwandtschaft der Eltern Neurosen der Kinder schafft, noch nicht endgültig gelöst und die Meinungen darüber gehen weit auseinander. Während West und Trousseau die Blutsverwandtschaft in die erste Stelle der Ursachen zur Degeneration rücken, sehen andere, Jarvis, Darwin, in der Gesund-

heit der verwandten Eltern doppelte Sicherheit der Kinder gegen Unvollkommenheit. Dem gegenüber führt Sh. aus, dass zur Veredlung der Race bei Thieren durch Inzucht sorgfältig nur die besten Thiere ausgewählt werden, während zu blutsverwandter Ehe grade Abkömmlinge neurotischer Familien vorzugsweise neigen und Liebe oder andere unedlere Motive zur Verbindung führen, nicht die Rücksicht auf die Gesundheit der Individuen. Nach den — unvollkommenen — Ermittelungen in englischen Anstalten, lässt sich etwa in 3—5⁰/₀ der Idioten Blutsverwandtschaft der Eltern (Cousin und Cousine) nachweisen, ein Procentsatz, den Darwin als auch für die gesammte Bevölkerung geltend annimmt. Sh. bestreitet dies und sieht in der Thatsache einen Beleg für die Schädlichkeit solcher Ehen. Immerhin aber sei kein Grund vorhanden, bei Personen, in deren Familie ein genaues Nachsuchen keine hereditäre Schwäche in neurotischer oder sonstiger Hinsicht ergeben, unbedingten Einspruch gegen das Aufgebot zu erheben".

Matusch (Sachsenberg).

---

315) **Philipp Zennes**: Paranoia, — With Report of a Case. (Paronoia, nebst einem Bericht über einen Fall).

(The Armerican Lancet Febr. 1887 p. 46.)

Verf. verbreitet sich an der Hand eines typischen Falles über die Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Paranoia, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Voigt (Oeynhausen).

---

316) **W. Cobbold**: Cases of suicidal intent in congenital imbeciles. (Fälle von Selbstmordneigung bei congenitalem Schwachsinn.)

(The journ. of ment. science Oct. 1886.)

Selbstmordneigung bei Imbecillen kann nach dem Verf. eine Begleiterscheinung intercurrirender Melancholie sein, sich als ein fest gehaltener Vorsatz ohne deprimirte Gemüthslage darstellen und letztens als ein vorübergehender Impuls ohne äusseren Anlass oder auf Grund einer geringfügigen Unannehmlichkeit. In zweien seiner Fälle war dies der Tod einer Katze und die Beilegung eines Spitznamens.

Matusch (Sachsenberg).

---

317) **W. W. Ireland**: On the admission of idiotic and imbecile children into lunatic asylmus. (Die Aufnahme idiotischer und schwachsinniger Kinder in Irrenanstalten.)

(The journ. of ment. science July 1886.)

Die Fürsorge für die jugendlichen Idioten ist wie überall auch in England ganz unzureichend. Die zu ihrer Erziehung bestimmten Anstalten sind fast ausnahmslos auf die öffentliche Wohlthätigkeit angewiesen und können höchstens 1700 Fälle aufnehmen. Ueber dies ist der Aufnahmemodus derartig, das grade die Bedürftigsten, d. h. die Idioten der ärmsten Klassen, am seltensten zur Aufnahme gelangen und dann erst nach vielen Petitionen in einem Alter, in dem vom Unterricht wenig mehr zu hoffen ist. Die meisten in Anstalten untergebrachten Idioten befinden sich in Irrenanstalten und in Arbeitshäusern.

Das neue dem Oberhause vorgelegte Gesetz betreffs der Idioten hat nur zum Gegenstande, sie ausserhalb der Irrengesetze zu stellen. Ireland plaidirt dafür, dass von Staatswegen oder doch mit Hülfe von Staatsmitteln Idiotenanstalten gebaut werden. Nach ungefährer Berechnung gebe es etwa 10000 Idioten unter 20 Jahren in England (ohne Schottland und Irland), von denen ein grosser Theil bereits dem Staate in Irrenanstalten etc. zur Last liege. Die Verflegungskosten pro Kopf würden auf ca. 460 Mk. zu veranschlagen sein.

Matusch (Sachsenberg).

---

318) **A. F. Kinne** (Ypsilanti, Mich.): Was Swayne Wells Responsible? (War Swayne Wells zurechnungsfähig?) (The Americ. Lancet Febr. 1887.)

Es handelt sich hier um einen der bekanntermassen nicht seltenen Fälle in denen Jemand als Mörder gerichtlich verurtheilt wird, da der betreffende die That im Zustande des epileptischen Irreseins vollbracht.

Voigt (Oeynhausen).

---

319) **R. Turnbull**: A recent medico-legal case. A question of insanity. (Fragliche Geistesstörung).

(The journ. of ment. science Oct. 1886.)

M. Robertson tödtete, als sie gelegentlich eines Neujahrsbesuches bei ihrem Sohne zur Beaufsichtigung der Kinder allein gelassen war, diese durch Verbrennen am Kaminfeuer. Sie gab an, eingeschlafen und im Dunkeln durch eine grosse Frauensperson, eine aus der „Schaubude“ „etwas Ueberirdisches“ überfallen zu sein, die ihr und den Kindern etwas zu Leide thun wollte. Wie die Kinder ins Feuer gekommen, wisse sie nicht, sie habe nur bemerkt, dass eines verbrannt war und eines fehlte und habe das den Eltern im Nachbarhause melden können. Ihre Angaben über den Sachverhalt und die Erscheinungen waren stets ganz unsicher. Vor der That hatte sie grosse Mengen Alcoholica getrunken, machte aber nur einigen Zeugen den Eindruck der Angetrunkenheit. Sie sprach beim Besuche ungewöhnlich erregt über den vor $1^1/_2$ Jahren erfolgten Tod ihres Sohnes. Ueber ihr Vorleben wurde ermittelt, dass sie eine zu Trunk geneigte und in der Trunkenheit gewaltthätige Person war. Ihr Vater litt an Epilepsie, ein Sohn starb durch Selbstmord. Irgend ein Motiv zur That liess sich nicht entdecken. Trotzdem glaubte T. in seinem Erachten die Zurechnungsfähigkeit der Prov. aussprechen zu müssen, weil weder vorher noch nachher Symptome geistiger Störung zu beobachten waren und die Hallucinationen als eine Art von Alpdruck während des Schlafes im Zustande der Trunkenheit aufgefasst werden muss. Die wenn auch lückenhafte Erinnerung an die Ereignisse schliessen die Annahme von Somnabulismus oder Epilepsie aus. Das Gericht gab diesem Erachten Folge und verurtheilte die M. R., — bekanntlich hebt Trunkenheit und deren acute Folgezustände die Zurechnungsfähigkeit in England nicht auf — wegen Todtschlags zu 10 Jahren Zuchthaus.

Matusch (Sachsenberg).

---

320) **J. N. Ramaer** (Haarlem): De ontwikkeling van het Krankzinnigengesticht in deeze Eeur. (Die Entwicklung des Irrenwesens im 19. Jahrhundert.) (Amsterdam 1886.)

Ein anregender Vortrag, gehalten auf einer Versammlung der niederl. medicinischen Gesellschaft, giebt in kurzen Zügen eine Schilderung der Hauptströmungen im modernen Irrenwesen. Ref. kann aus dem an sich schon sehr concentrirten Material nur hervorheben, dass R. sich gegen die kritiklose Durchführung des No-restraint à tout prix ausspricht, dass er von der Einführung eines klösterlichen (oder aus Diakonissen gebildeten) Pflegerpersonal sich wenig verspricht, dass er die Art, wie man die Kranken in Fitz James, mehr aber noch wie man sie in Alt-Scherbitz beschäftigt, für die glänzendste Lösung des Problems hält.

Gheel findet bei R. nur kühle Anerkennung, ebenso die häusliche Verpflegung der Kranken nach schottischem System; am ausfürlichsten schildert er die Einrichtungen und das Leben in Alt-Sherbitz, das, nachdem er die meisten Anstalten Europas gesehen hat, mehr befriedigt hat wie alle andern. Für die allgemeine und schleunige Einführung der dortigen Einrichtungen in Holland plädirt er zuletzt in der wärmsten Weise. Kurella (Owinsk).

III. Aus den Vereinen.

I. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Sitzung vom 11. November 1886.

321) **Oppenheim:** *Ein Fall von multipler Neuritis im Stadium der Reconvalescenz.*

Ein 41 jähriger Kellner fand am 7. September Aufnahme in die Delirantenabtheilung der Charité, ohne dass dort die Erscheinungen des Delirium tremens constatirt werden konnten.

Der Patient, der sich bei freiem Sensorium befand und übermässigen Genuss von Spirituosen nicht zugab, klagte über Schwäche in den Beinen, die sich seit circa 14 Tagen entwickelt hatte, über Schmerzen in den Waden und Ameisenkriechen in den Fussohlen und Zehen. Man constatirte Schwäche in den Muskeln der U. E., die besonders die Fussstrecker betraf, Fehlen der Kniephänomene, leichte Sensibilitätsstörung und Unsicherheit des Ganges. Der Puls hatte eine Frequenz von circa 64 Schlägen, Fieber bestand nicht, keine Anomalien von Seiten der inneren Organe. Gute Function der Blase und des Mastdarms. Im Laufe der nächsten Wochen nahm die Schwäche in den Unterextremitäten zu, sodass Patient ans Bett gefesselt wurde und nur mühsam wenige Schritte gehen konnte, er klagte nun auch über Kribbeln und taubes Gefühl der linken Hand bis zum Ellenbogen.

Am 4. October, als circa 5 Wochen nach Beginn der Krankheit wurde festgestellt, dass sich offenbar innerhalb der letzten Tage ganz acut eine complete Lähmung beider Nervi facialis entwickelt hatte.

Patient klagte dabei über Schmerzen am Halse und in der Gegend unter den Ohren.

Er wurde am 6. October der Nervenabtheilung übergeben und der hier erhobene Status ergab kurz zusammengefasst, folgendes:

Freies Sensorium, gesunde Psyche. Von Seiten der Augenmuskelnerven nichts Besonderes bis auf ausgesprochene nystagmusartige Zuckungen der Bulbi in den Endstellungen, Ophthalmoskopisch nichts Abnormes.

Complete Lähmung beider Nervi faciales mit allen Charakteren der peripherischen Facialislähmung. Gesicht maskenartig starr, sämmtliche Bewegungen im unteren wie im oberen Facialisgebiet aufgehoben. Keine Betheiligung des Gaumensegels und der Chorda tympani.

Ueberaus schmerzhafte Druckempfindlichkeit der Nervi faciales, besonders des linken an der Austrittstelle und aller Zweige des Pes anserinus major. Sehr starke Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit des Nerven für faradische wie für galvanische Reize (sehr schmerzhaft!) deutlichere aber auch nur schwache Zuckungen einzelner Muskeln bei directer faradischer Reizung, directe galvanische Erregbarkeit gesteigert, träge Anodenzuckungen. Linker Facialis auch in dieser Beziehung stärker betroffen, als rechter, Erregbarkeit des Stammes stärker herabgesetzt als die der Zweige. — Bei Berührung der Cornea Emporrollen der Bulbi, aber kein Lidschluss. Leichte Schwäche der Kiefermuskeln, im Uebrigen Hirnnerven, namentlich Vagus frei.

Obere Extremitäten: Druck auf die Gegend des linken Plexus brachialis überaus schmerzhaft. Mässige motorische Schwäche, die besonders beim Händedruck hervortritt. Kriebeln in den Fingerspitzen. Objectiv: keine Anästhesie, dagegen übergrosse Empfindlichkeit gegen leichte Nadelstiche.

Untere Extremitäten: Muskulatur schlaff, Wadengegend und Streckseite der Unterschenkel überaus empfindlich gegen mässigen Druck, auch druckschmerzhafte Stellen in den Kniekehlen etc.

Beträchtliche motorische Schwäche, die besonders die Strecker im Kniegelenk und die Extensoren des Fusses betrifft, beiderseits gleichmässig ausgeprägt. Gang sehr schwerfällig, breitbeinig, unsicher und etwas stampfend, namentlich fehlt die Locomotion in den Fussgelenken. (Parese und Ataxie.) Bei Augenschluss starkes Schwanken. — Sehnenphänomene aufgehoben (auch bei Jendrassik's Kunstgriff). Hautreflexe fehlen bei tactilen Reizen.

Sensibilität: Mischung von Anästhesie und Hyperästhesie: Berührung und leichter Druck nämlich an Unterschenkeln und Füssen nicht wahrgenommen und erzeugen auch keine Reflexe, dagegen besteht ausgesprochene Hyperalgesie und bei leichten Nadelstichen geradezu vehementes Zurückziehen der Beine. Lagegefühl in den Zehengelenken aufgehoben.

Elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln der unteren Extremitäten nur im geringen Grade herabgesetzt.

Es wurde die Diagnose multiple Neuritis gestellt, die besonders durch den Befund der beiderseitigen peripherischen Facialislähmung

über allen Zweifel erhaben war und da eine Complication mit schwerem Alkoholismus, Tuberculose nicht vorlag, keine Temperatursteigerung bestand und Herz- und Respirationsbeschwerden fehlten, eine quoad vitam et sanationem durchaus günstige Prognose gestellt; nur musste man nach in anderen Fällen dieser Art gesammelten Erfahrungen auf ein langes Reconvalescenzstadium gefasst sein. — Verordnet wurde Natr. salicyl., sowie warme Bäder mit nachfolgenden Einwickelungen (Diaphorese). Diese Therapie zeigte sich bald von Erfolg gekrönt. Schon nach wenigen Tagen stellten sich Bewegungen im rechten Facialisgebiet ein, zuerst im M. Frontalis und Corrugat. supercil., darauf auch in den Zygomaticis u. s. f.

Diese Bewegungen wurden von Tag zu Tag ausgiebiger und es stellte sich der Lidschluss vollkommen wieder her. Ebenso sind die Schmerzen und Parästhesien geschwunden. Ein sicheres ätiologisches Moment ist nicht aufzufinden. — Eine complete Lähmung beider N. faciales ist als Symptom der multiplen Neuritis nur von Pierson gefunden worden in einem Falle, der mit dem besprochenen die grösste Aehnlichkeit hat.

Nachtrag: Die Genesung ist heute (28. December) soweit vorgeschritten, dass der Patient nach 8 bis 14 Tagen geheilt entlassen werden kann.

(Schluss folgt.)

II. Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 11. März 1887.

322) **Kahler**: *Ueber Hemianopie.*

Der Begriff Hemianopie sei dahin zu bestimmen, dass der Gesichtsfelddefect durch eine verticale, den Fixationspunkt treffende Trennungslinie begrenzt sein muss. Hält man dieses fest und vergegenwärtigt man sich, dass sich im Chiasma nur die inneren Fasern des Tractus opticus kreuzen und das gekreuzte Bündel die innere Hälfte der Retina bis zur Macula lutea, das ungekreuzte die äussere kleinere Hälfte versorgt, so ergibt sich als theoretisches Postulat für das Zustandekommen dieser Affection eine Läsion, welche das Mittelstück des Chiasma durchgreifend, von vorne nach hinten zieht. Es ergibt sich ferner die Unmöglichkeit oder wenigstens die grosse Unwahrscheinlichkeit einer reinen monoculären Hemianopie, weil nicht leicht ein Prozess denkbar ist, der an irgend einer Stelle bloss die Fasern des gekreuzten oder ungekreuzten Bündels treffen würde und seien desshalb die Fälle von monocularer Hemianopie stets mit Amaurose oder Amplyopie am anderen Auge combinirt. Entsprechend diesem theoretischen Postulate hat sich thatsächlich in den vier bisher zur Obduction gelangten Fällen von Hemianopia bitemporalis eine das ganze Mittelstück des Chiasma durchsetzende Läsion vorgefunden, und zwar waren es entweder Tumoren, die von dem vorderen Winkel des Chiasma in dasselbe hineinwucherten oder das Chiasma durchsetzende Gummata. Besonders werthvoll durch eine lichtvolle Darstellung des klinischen Bildes und einen

genauen makro- und mikroskopischen Befund ist der von Oppenheim aus der Westphal'schen Klinik veröffentlichte Fall, bei welchem die intra vitam auf luetische Affection des Chiasma gestellte Diagnose ihre vollkommene anatomische Bestätigung fand.

Auch in dem von dem Vortragenden in der vorigen Vereinssitzung demonstrirten Falle müsse die Diagnose auf ein Gumma im Chiasma gestellt werden. Es handelt sich um eine sehr anämische 46 jährige Frau, die wegen hochgradiger Sehstörungen, und heftiger, besonders in der Nacht exacerbirender Kopfschmerzen auf die Klinik kam. Hier wurde eine ausgezeichnet bitemporale Hemianopie mit scharf durch den Fixirpunkt gehender Trennungslinie constatirt. Negativer ophthalmoskopischer Befund; ausser den Kopfschmerzen keine anderen cerebralen oder spinalen Erscheinungen. Nach den vorstehenden Deductionen könne der Sitz der Erkrankung nur im Chiasma sein. Das Fehlen einer Stauungspapille und der Ausfall anderer cerebraler Symptome lassen einen Tumor mit Sicherheit ausschliessen. Hingegen sprechen die in der Nacht exacerbirenden Stirnkopfschmerzen für eine luetische Affection, wenn auch sonst kein Zeichen von Lues nachweisbar ist und auch die Anamnese keine bestimmten Anhaltspunkte für eine solche Annahme gibt. Thatsächlich hat die eingeleitete antiluetische Behandlung zwar keine Besserung der Sehstörung, aber bedeutenden Nachlass der nächtlichen Stirnkopfschmerzen herbeigeführt. Auch die constant bei der Kranken beobachtete Albuminurie bei vollständigem Fehlen aller auf eine Nierenerkrankung hinweisender Momente deute auf eine Affection der Hirnbasis hin und sei hervorzuheben, dass auch bei anderen Fällen von Hemianopie Albuminurie als constante Erscheinung angeführt wird.

Redner bespricht dann das nach seinen Beobachtungen *constante Vorkommen von homonymer lateraler Hemianopie bei cerebraler Hemiplegie nach apoplectischen Insulten* und zuweilen bei anderen Formen von cerebraler Hemiplegie. Da diese Erscheinung meist in kürzerer oder längerer Zeit nach erfolgtem Insulte verschwindet, so muss man sich zur Constatirung dieses Symptomes einer besonderen Untersuchungsmethode bedienen. Wenn der soporöse oder somnolente Kranke durch starke sensible Reize (Nadelstiche) zu Abwehrbewegungen veranlasst und durch Wiederholung dieser Reize in solche Erregung versetzt wird, dass er schon auf die Annäherung der Nadel zu reagiren beginnt, so kann man beobachten, dass der Kranke die gewohnten Abwehrbewegungen macht, sobald die Nadel von der nicht gelähmten Seite her genähert wird, hingegen bei Annäherung derselben von der gelähmten Seite her gar nicht reagirt. Bei allmähliger Wiederkehr des Bewusstseins kann man die homonyme laterale Hemianopie durch Annäherung einer Flamme oder eines glänzenden Gegenstandes constatiren. Sehr schön konnte Kahler dieses Symptom bei einem Alkoholiker mit Pachymeningitis nachweisen, indem er die Begierde des Kranken durch eine Silbermünze reizte. Mit dem Fortschreiten der Besserung wird der Nachweis dieser Erscheinung immer schwieriger und man muss den Moment benützen, wo die Aufmerk-

samkeit des Kranken auf die Untersuchung nicht gerichtet ist. Der dauernde Bestand dieses Symptoms ist als directes Herdsymptom aufzufassen, hervorgerufen durch die Zerstörung der optischen Leitungsbahn an irgend einer Stelle der Hemisphäre.

323) **Prof. Schenkel** berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von *Hemianopia superior* bei einem 47jährigen, kräftigen Manne, der in Folge heftiger Gemüthserregungen an asthmatischen Anfällen litt und nach einer flott durchlebten Nacht plötzlich erblindete. Das Sehvermögen kehrte wohl theilweise zurück, aber es bestand halbseitiger Gesichtsdefect nach oben ohne scharfe Trennungslinie, 8—10° über dem Fixirpunkt. Seit der ersten Mittheilung von Mauthner sind noch im Ganzen 3—4 Fälle bekannt geworden. Die Deutung ist sehr schwierig und auch die bei 2 Fällen gemachte Obduction hat keine genügende Aufklärung gebracht. Z.

III. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 15. April 1887.

324) **Wagner:** *Ueber die Circulation im Gehirne.*

Unsere Kenntnisse über die Circulation im Gehirne und die Innervation der Hirngefässe sind so unzulänglich, dass es dem Vortragenden eine dankbare Aufgabe erschien, diese Verhältnisse mit Hilfe der von Gärtner in einer der vorigen Sitzungen angegebenen Methode näher zu studiren. Redner hat nun diese Versuche im Vereine mit Dr. Gärtner aufgenommen und will im Folgenden über deren Ergebnisse berichten. Bei Hunden verlässt die Hauptmasse des Blutes den Schädel nicht durch die V. jugularis interna, sondern durch die V. jug. externa. Wagner und Gärtner haben nun die anderen Abflüsse des Hirnblutes abgebunden und in die V. jug. externa eine Canüle eingebunden; gleichzeitig wurde der arterielle Druck gemessen.

Man konnte auf diese Weise auch einen Einblick in die Innervation der Hirngefässe gewinnen, denn es ist klar, dass um so mehr Blut aus der Vene ausfliessen wird, je weiter die Hirngefässe sind. Man musste dabei den Blutdruck im Venen- und Arteriensystem berücksichtigen. Da es nicht möglich ist, das ganze aus dem Hirn abfliessende Blut aufzufangen, so waren Schwankungen möglich, die nicht auf Veränderung der Innervation der Hirngefässe, sondern auf Druckschwankungen im Venensystem zurückzuführen sind. Um die Schwankungen des Venendruckes auszuschalten, machte der Vortragende die Widerstände beim Ausfluss aus der Jugul. ext. viel kleiner im Vergleich zum Widerstande in anderen Venen. Ferner konnte man aus der Zu- und Abnahme der ausfliessenden Blutmengen nur dann einen Schluss auf die Innervation im Gehirn ziehen, wenn man den Einfluss des arteriellen Blutdruckes ausschliessen konnte.

Es wurde die Aorta oberhalb des Zwerchfells comprimirt und mit der Steigerung des Blutdruckes nahm auch die Stromgeschwindigkeit im Gehirne zu. Auf Compression der V. cava ascendens sank der Blut-

druck und damit auch die Stromgeschwindigkeit im Gehirne. Die toxischen oder reflectorischen Einflüsse, die durch Contraction der Gefässe in gewissen Organen, besonders des Unterleibs, Blutdrucksteigerung hervorrufen, hatten auf das Hirn gar keinen Einfluss. Besonders prägnant zeigte sich dies beim Strychnin. Diese Erscheinung steht im Widerspruch mit der gewöhnlichen Anschauung, wonach die Zufälle (Ohnmacht u. s. w.), die bei Reizung sensibler Nerven entstehen, auf reflectorischer Verengerung der Hirngefässe (Anämie) beruhen. Die Versuche von Wagner und Gärtner lehren aber, dass nicht nur keine Anämie besteht, sondern dass in Folge des gesteigerten Blutdruckes die Stromgeschwindigkeit erhöht ist.

Redner hat auch die Wirkung einiger Narcotica auf die Hirncirculation studirt. Chloroform erweitert die Blutgefässe. Im Beginn des Versuches findet eine Zunahme der Stromgeschwindigkeit im Gehirne und eine Erhöhung des Blutdruckes statt. Letzterer sinkt aber nach kaum einer Minute, während der Blutstrom noch mehr beschleunigt wird. Morphium hat keine evidente Wirkung auf die Hirngefässe. Amylnitrit erweitert die Hirngefässe, wie dies ja bereits von seiner klinischen Anwendung bekannt. Wagner und Gärtner haben ferner das Gehirn direkt elektrisch gereizt und gefunden, dass bei den dadurch erzeugten epileptischen Anfällen nicht nur von keiner Anämie wie Kussmaul und Tenner behaupten, die Rede sein kann, sondern eine Hirnhyperämie vorhanden ist.

Von grossem Interesse wäre es noch, zu erfahren, ob extracerebrale Gefässnerven vorhanden sind. Wagner und Gärtner haben den Vagosympathicus durchschnitten und das centrale Ende gereizt, ohne aber einen deutlichen Einfluss auf die Gehirncirculation gesehen zu haben. Uebrigens sind ihre Versuche nach dieser Richtung noch nicht abgeschlossen.

Dr. S.

IV. Tagesgeschichte.

Aus Würzburg. Herr Dr. Rieger ist zum ausserord. Prof. der Psychiatrie und Oberarzt im Juliusspital ernannt worden.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 1. Juni 1887. | Nro. 11.

Inhalt.

I. Originalien. Zur Wirkungsweise des Hypnon bei Geisteskranken. Von Dr. Hans **Rottenbiller**, Oberarzt der Engelsfelder Landes-Irren-Pflegeanstalt zu Budapest.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. **Remak**: Ueber Neuritis bei Tabes dorsalis. **Virchow**: Ueber ein Gehirn mit Balkenmangel. **Derselbe**: Ueber Zellen in der Subst. gelat. Rol. II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. **Haberern**: Heilung einer Gehirn-Schusswunde. **Csapodi**: Zwei Fälle von Hemianopie. **Kétli**: Ein Fall von localer Epilepsie.

III. Referate und Kritiken. **Sergi**: Experimentell-psychologische Untersuchungen über die Dauer der einfachen Reactionszeit. **Jelgersma**: Die neuesten Methoden der mikroscopischen Untersuchung des centralen Nervensystems. **von Santvoord**: Sarcom des Centralnervensystems. **Morse**: Bemerkungen zu einem Fall von Peripachymeningitis spinalis. **Frigerio**: Porencephalie durch Trauma. **Codeluppi**: Compression des Halsmarks; auf- und absteigende Degeneration. **Thomson**: Fall von Wortblindheit, Classificirung der Formen von Aphasie. **Lennmalm**: Localisation der Aphasie. **Kétli**: Ueber Neuritis multiplex degenerativa. **Chapin**: Periphere Neuritis und die schmerzhaften Lähmungen im Kindesalter. **Starr**: Multiple Neuritis und ihre Beziehung zu gewissen peripheren Neurosen. **Roosevelt**: Beriberi. **Bernhardt**: Notiz über die mit Symptomen einer (Cerebro-) Spinalmeningitis einsetzenden Abdominaltyphen. **Krabbel**: Ein Fall von Paraplegie nach Gelenkrheumatismus. **Bezold**: Labyrinth-Necrose und Paralyse des nerv. facialis. **Ventra**: Hypnotismus als Therapeuticum bei Nervenkranken. **Parke**: Die physiologische Wirkung des Ammonium valerianicum auf das Nervensystem. **Corning**: Behandlung der Neuralgien. **Arndt** und **Dohm**: Der Verlauf der Psychosen. **Siemens**: Casuistischer Beitrag zur Frage: Syphilis und Dementia paralytica. **Sepilli**: Untersuchungen des Bluts bei Geisteskranken. **Giovanni**: Indirecte Suggestion einer Hallucination. **Venturi**: Riechfähigkeit bei Geisteskranken. **Sepilli**: Pubertäts-Psychosen. **Maiorfi**: Puerperal-Psychosen. **Tuke**: Die behauptete Zunahme der Geisteskrankheit. **Tamburini**: Katatonie. **Algeri**: Die Vererbung bei verbrecherischen und alcoholistischen Geisteskranken. **Lombroso**: Moralisches und epileptisches Irresein. **Pisaneschi**: Schädelpercussion bei Epileptikern und Gesunden. **Raggi** e **Bergonzolli**: Plötzliche Heilung psychischer Störung.

IV. Aus den Vereinen. I. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. II. The Practitioners Society of New-York.

V. Tagesgeschichte.

I. Originalien.

Zur Wirkungsweise des Hypnon bei Geisteskranken.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,

Oberarzt der Engelsfelder Landes-Irren-Pflegeanstalt zu Budapest.

Ueber die Wirkungsweise eines neuen Hypnoticum's, des Hypnon, wurden in letzter Zeit so widersprechende Resultate veröffentlicht,

dass ich mich auch veranlasst fand bei den in unserer Anstalt mir zur Verfügung stehenden unheilbaren Geisteskranken damit Versuche anzustellen.

In der Sitzung vom 10. November 1885 der Académie de médecine referirte Dujardin-Beaumetz über ein neues Hypnoticum. Es ist dies das aceto-phenon oder phenil-methylaceton, welches im J. 1857 von Friedel entdeckt wurde, und dessen physiologische Eigenschaften schon von Popoff und Nencki studirt wurden. Das aceto-phenon gehört in die aromatische Serie der Acetonen ($C^8 H^8 O$); in Wasser ist es nicht lösbar. Der Geruch ist durchdringend stark, und erinnert an den Geruch der bitteren Mandeln; der Geschmack ist unangenehm.

Nach D.-B.[1]) hat dieses Mittel intensive hypnotische Eigenschaften; darum empfiehlt er dasselbe „Hypnon" zu benennen, welche Benennung an dessen Eigenschaften und Natur gleichmässig erinnert. Empfiehlt es bei Erwachsenen in Dosen von 3—4 Tropfen, welche tiefen Schlaf hervorrufen. Nach ihm scheinen die hypnotischen Eigenschaften des Hypnon bei Alcoholikern höheren Werth zu haben als diejenigen des Chloral's oder Paraldehyd's. Seine Versuche machte er bei 9 Kranken, während 15 Tagen; sämmtliche vertrugen es gut.

In der Sitzung vom 17. Dezember 1885 der Société de Biologie machte Strauss[2]) auf eine, auf das Hypnon bezügliche Mittheilung Grasset's aufmerksam. Nach Gr. tritt bei Hunden ruhiger Schlaf ein wenn mit diesem Mittel intra tracheale Injectionen gemacht werden. Nach subcutanen Einspritzungen hingegen erfolgt exitus lethalis.

Laborde[3]) hebt hervor, dass das Hypnon vor Allem ein toxisches Mittel ist, welches die respiratorische Capacität des Blutes wesentlich herabsetzt. Im Urin fand er Eiweiss.

Nach Kraepelin[4]) ruft es in Dosen von 2—7 Tropfen sichere und angenehme Wirkung hervor.

Hirt[5]) machte mit diesem Mittel umfassende Versuche, ging bis zu einmaligen Dosen von 0.4. Erreichte absolut negativen Erfolg; empfiehlt es nicht.

Mairet und Combemale[6]) halten das aceto-phenon für kein Hypnoticum, auch bezweifeln sie den Nutzen seiner Verwendung in der Psychiatrie.

---

[1]) L'encéphale 1886. Nro. 1. pag. 67.

[2]) Le progrès medicale Nro. 52. 1885. ref. in Erlenmeyer's Centralblatt 1886 H. 3.

[3]) L'encéphale 1886 Nro. 1 und Erlenmeyer's Centralbl. 1886. H. 3.

[4]) Erlenmeyer's Centralblatt 1886. H. 8.

[5]) Breslauer ärztliche Zeitschrift 1886. Nro. 6. ref. in Erlenmeyer's Centralblatt 1886. H. 12.

[6]) L'encéphale 1886. Nro. 2. p. 196.

Ph. Rey[1]) stellte damit Versuche an bei Geisteskranken, ohne Rücksicht auf die Krankheitsform, lediglich die Erregung und Schlaflosigkeit als Indication betrachtend. Er beobachtete die Wirkung bei 8 Kranken einen Monat hindurch. Mit einer einmaligen Dose von 0.50 grm. erhielt er keinen nennenswerthen Erfolg. Später gab er 1 Gramm auf zweimal, dann auf einmal, ohne eine beruhigende oder schlafbringende Wirkung zu erzielen.

Ich meinerseits machte einen Monat hindurch Versuche mit dem Hypnon bei 11 Kranken (8 Männer und 3 Frauen). Bei 7 Personen (6 Paralytiker und 1 Alcoholiker) war hochgradige Aufregung mit Schlaflosigkeit zugegen. Eine an Verrücktheit leidende Frau zeigte nebst Schlaflosigkeit hochgradige Anxiosität. Bei 3 Personen endlich (1 Paralyse, 1 Vesanie, 1 Idiotie) war nur einfach Schlaflosigkeit vorhanden.

Ich fing bei Dosen von 2 Tropfen an, und ging steigernd bis zu solchen von 60 Tropfen = 1,5 Gramm, ging also bis zu Dosen, welche diejenigen, mit welchen man bisher Versuche anstellte, bedeutend übertreffen, ohne irgend einen nennenswertheren beruhigenden oder schlafbringenden Erfolg zu erreichen.

Selbst mit der grössten Dosis erhielt ich im Durchschnitt nur 2stündlichen Schlaf oder selbst noch geringeren, wo hingegen zurückgreifend auf 2—4 Gramm Chloral oder 3—5 Gramm Urethan ich mehrstündigen oft die ganze Nacht andauernden ruhigen Schlaf erzielte.

Wenn bei einzelnen mit grösseren Dosen ein mehrstündiger Schlaf (höchstens 4- 5 stündiger) auch erreicht wurde, so war dieser geringe Erfolg auch werthlos, indem derselbe nicht constant blieb; schon den folgenden Tag war die Dauer des Schlafes bei derselben Dosis bedeutend kürzer.

Ein Paralytiker blieb selbst bei 1,5 Gramm die ganze Nacht hindurch absolut schlaflos.

Unangenehme Nebenerscheinungen hatte ich nicht beobachtet. Den Urin untersuchte ich in 6 Fällen. Eiweiss fand sich in keinem Falle vor.

Mit dem Hypnon erreicht man also bei Geisteskranken keinen günstigen Erfolg, desshalb ist es auch zu bezweifeln, dass dasselbe in der Psychiatrie grössere Zukunft hätte.

Meine Untersuchungen, trotzdem dieselben negativen Erfolg hatten, beweisen immerhin, dass man bei Geisteskranken auch von diesem Mittel grössere Dosen (1,5 Gramm) anwenden kann, als bei anderen Kranken, ohne unangenehme Zufälle befürchten zu müssen.

---

[1]) L'encéphale 1886 Nro. 3. p. 367.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Mai 1887.

Von Dr. König in Dalldorf.

325) **Remak**: *Neuritis bei Tabes dorsalis.*

Pat., ein 39jähr. Cigarrenarbeiter, ohne spezifische Anticedentien, mässiger Potator, seit 5 J. verheirathet (eine Todgeburt und ein gesundes Kind von $2^1/_2$ J.). Pat. leidet an ausgesprochener Tabes, führt seine Krankheit zurück auf eine feuchte Wohnung, welche er vor 10 J. bewohnte. Seit 6 Jahren lancinirende Schmerzen in den Beinen und Armen. Seit $^3/_4$ J. unsicherer Gang im Finstern; gastrische Krisen, reflectorische Pupillenstarre; an den oberen Extremitäten keine Ataxie; Anfang dieses Jahres stellte sich an der rechten Hand eine Bewegungsstörung der 3 ersten Finger ein, welche bedingt ist durch eine Atrophie im Bereiche des Abductor pollicis, des opponens und flexor brevis; Adduction ganz normal, dem entsprechend findet sich auch eine leichte Sensibilitätsstörung, welche gleichfalls auf das Gebiet des nerv. medianus beschränkt ist.

Elektrische Verhältnisse: N. ulnaris rechts und links normal; in der plica cubiti reagiren die beiden mediani gleichfalls normal. Hingegen contrahiren sich die betreffenden Muskeln über dem rechten Handgelenk erst bei 50 Mm. Rollenabstand und auch da undeutlich, während sich links bei 97 Mm. Contraction zeigt. Statt dessen tritt rechts Antagonistenwirkung ein, und in den Muskeln selbst ist bei sehr starken Strömen EAR nachweisbar.

Es handelt sich also um eine Neuritis des n. medianus. Wenn bei Tabes die oberen Extremitäten ergriffen werden, so pflegt der Vorgang so zu sein, dass Sensibilitätsstörungen auftreten zuerst im Ulnarisgebiet, dann Verlangsammung der Schmerzempfindung, Störung des Lagegefühls und Ataxie; in seltenen Fällen können diese Erscheinungen denen der unteren Extremitäten vorausgehen. Es ist bekannt, dass dann nicht blos die Goll'schen Stränge, sondern auch die Burdach'schen und die Wurzelzonen erkrankt angetroffen werden. Muskelstörungen an den oberen Extremitäten bei Tabes gehören zu den Ausnahmen und, wenn sie eintreten, so sind sie so gedeutet worden, dass noch eine Erkrankung der grauen Vorderhörner hinzugetreten ist. Auffällig ist es, dass diese Muskelerkrankung nicht immer bei den Fällen sich einstellt, wo die Ataxie sehr hochgradig ist.

Der Befund in dem vorliegendem Falle hat einiges Interesse, weil man neuerdings darauf aufmerksam geworden ist, dass gewisse motorische Lähmungen nicht auf centrale Ursachen zurückgeführt werden müssen, sondern peripherischen Ursprungs sind. Hier liegt nun noch ein besonderes Causalmoment vor; Patient gibt an, viel Cigarrenspitzen, manchmal bis zu 600 am Tag gedreht zu haben, eine Arbeit, bei welcher hauptsächlich Daumen und Zeigefinger gebraucht werden. Obwohl nun die Erkrankung auch selbstständig ohne Tabes auftreten kann, so mag doch hier die Tabes als ein unterstützendes Moment

anzusehen sein, da ein Fall von so completer Lähmung dieser Muskeln noch nicht beschrieben worden ist.

In der Discussion bemerkt Bernhardt, dass er früher in der Gesellschaft der Charitéärzte in einem Vortrage eines Cigarrenarbeiters erwähnt habe, der in dem Gebiete derselben Muskeln Schmerzen hatte, und darauf aufmerksam gemacht habe, dass es sich um einen neuritischen Prozess handeln könnte. Er wolle noch erwähnen, dass die Zahnärzte ebenfalls derartige Neuralgien, resp. Lähmungen öfters davontragen, ebenso Plätterinnen.

Remak hat die Erkrankung bei Plätterinnen auch beobachtet. Als Unterstützung seiner Behauptung, dass die Tabes ein prädisponirendes Moment bilden könne, führt er einen Fall an, wo bei einem Architekten, der sehr angestrengt zu zeichnen hatte, im Laufe eines Tripperrheumatismus in dem Gelenke zwischen erster und zweiter Phalanx des rechten Zeigefingers eine tonnenförmige Anschwellung sich bildete.

326) **Virchow:** *Ueber ein Gehirn mit Balkenmangel.*

Es handelt sich um das Gehirn eines Kindes, das sechs Wochen alt wurde, unter Krämpfen starb, und bei seinem Tode 41 Cm. lang war. Der Schädel zeigte eine leichte Asymetrie, hingegen fand sich ein so starker Hydrocephalus, dass V. diesen als Ursache der ersteren annehmen möchte. Keine Querstellung der Felsenbeine, keine Verknöcherung der Nähte.

Ausser dem Hydrocephalus internus und dem Mangel des Balkens fanden sich noch ausgedehnte leptomeningitische Verwachsungen mit der Rinde, Mangel der vorderen Commissur, partielle Mikrogyrie, Mikrophthalmie, eine Zersprengung des linken n. opticus u. a. m. Ferner seitliche Abplattung der Brücke, Verschmälerung der Pyramiden, Mikromyelie im Bereiche des Halsmarkes.

Vortragender verzichtet auf eine Erörterung der klinischen Fragen und will sich nur auf das Formale beschränken.

Der Balkenmangel kann bedingt sein sowohl durch den Hydrocephalus congen. int. als durch die chronische Leptomeningitis. Für die Frage nach der Zeit der Entstehung des Prozesses kommt die gleichzeitige Erkrankung der Augenblase und des tract. opticus in Betracht.

Ausser den oben erwähnten patholog. Prozessen fanden sich noch Defecte in der Auskleidung der Ventrikel und Einwucherungen von Ventrikelepithel in die Gehirnsubstanz. Dieses hat sich schlauchförmig eingestülpt. Die vorgelegten mikroskopischen Präparate betreffen 1) die Hirnrinde aus der Centralgegend aus einer mikrogyrischen Stelle, wo die Schichten verworfen sind. 2) eine Stelle des Thalam. opticus, wo eine Verwachsung der leptomeningitischen Schwiele mit der Rindensubstanz stattgefunden hat. 3) eine Einstülpung des Ventrikelepithels. 4) eine Wucherung der Glia an einer Stelle, wo das Epithel zu Grunde gegangen ist, aus dem Seitenventrikel.

327) **Virchow:** *Ueber Zellen in der Subst. gelat. Rol.*

V. hat diese Zellen zuerst vor $1^1/_4$ J. bemerkt. Sie finden sich 1) in der ganzen Subst. gelat. R. 2) im ganzen Rückenmark; auch bei einer sehr grossen Anzahl von Thieren, jedenfalls bei den Säugethieren, aber auch bei Vögeln und Kaltblütern Man muss die Grundsubstanz und die Zellen der „formatio" Roland. unterscheiden. Die Zellen liegen in rundlichen Lücken. Die substantia selbst färbt sich lebhaft; die Zellen dagegen nehmen die Färbung nie stärker oft schwächer an, so dass die „formatio" Rol. aussieht wie eine gefärbte Platte, in welcher Löcher hineingeschlagen sind. Die Zellen füllen die Lücken nicht ganz aus; sie sind unzweifelhaft von sehr zarter Beschaffenheit, haben einen runden Kern, welcher sich gleichfalls blass färbt. Am besten ist die Erhärtung in Alkohol und die nachträgliche Färbung mit Alauncarmin. Rückenmarke von Thieren und Kindern im 1. Lebensjahre eignen sich am besten für diese Untersuchungen. Was die Ausläufer der Zellen anbetrifft, so scheine es, dass sich der Zellkörper in eine Spitze verlängere, die nach vorne gelagert ist. Was die Natur der Zellen anbetrifft, so hält sie V. für Nervenzellen. Die Beziehungen der Zellen zu den Hintersträngen sind nicht sicher, die zu den Vordersträngen hingegen deutlich. Durch vergleichende morphologische und genetische Studien wird sich eine weite e Beleuchtung dieser Angelegenheit gewinnen lassen.

Es folgt die Demonstration der betreffenden Präparate. Eine Disscussion fand nicht statt.

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 15. Januar 1887.

Von Dr. Pollák in Budapest.

328) **J. P. Haberern:** *Heilung einer Gehirn-Schusswunde.*

Am 3. October v. J. 11 Uhr Abends schoss sich der 25jährige Kaufmann, in angeheitertem Zustande, mit einem Revolver in die rechte Schläfe. Er verlor die Besinnung nicht, legte sich zu Bette und verbrachte die Nacht in ruhigem Schlaf. Tags darauf (11 Stunden nach der Verwundung) ging er ohne jede Stütze in das eine halbe Stunde entfernt gelegene „kaufmännische Spital". 18 Stunden nach der Verwundung entfernte H. die im unteren Gyrus frontalis 5 Ctm. tief sitzenden Kugel. 15 Tage nach der Operation stand Pat. auf und war vollkommen genesen. Während der ganzen Zeit hatte Pat. die Besinnung nie verloren und waren absolut keine Gehirnerscheinungen zu beobachten.

Sitzung vom 19. Februar 1887.

329) **St. Csapodi:** *Zwei Fälle von Hemianopie.*

Im Anschlusse seines Vortrages über Hemianopie stellt Cs zwei Kranken vor, bei denen das linksseitige Gesichtsfeld fehlt. Bei der 71jährigen Frau trat die Krankheit vor einigen Tagen plötzlich in Folge eines Falles auf. Bei der Untersuchung fand er ausser geringer Trübung der Linsen und Glaskörper, links $^5/_{15}$, rechts $^5/_{30}$ Visus und Fehlen der linksseitigen Gesichtsfelder auf beiden Augen. Die Kranke hat hie und da Hallucinationen. — Der zweite Fall betrifft einen

58jährigen Mann der nach einer Erkältung am 6. Januar d. J. seine von Kopfschmerz und Schwindel begleitete Gesichtsstörung bemerkte. Visus beiderseits $^5/_7$. Linsen getrübt, Augenhintergrund normal. Urin enthält 6,8% Zucker und Eiweiss. Sp. G. 1035, Tagesquantität 1300—1600 Ccm. Gedächtniss geschwächt, Sehnenreflexe erhöht.

Im ersten Falle scheint es sich um eine kleine circumscripte Blutung in der rechten Gehirnrinde zu handeln, wofür die Wernicke'sche Pupillenuntersuchung und die Hallucinationen sprechen. Klein muss die Blutung desswegen angenommen werden, weil ausser der Hemianopie keine Herderscheinungen vorhanden sind.

Im zweiten Falle muss aus der hemianoptischen Pupillenbewegung auf eine rechtsseitige Tractuserkrankung gefolgert werden. Die Gedächtnissschwäche, die gesteigerten Patellarreflexe sowie die Albuminurie und Meliturie sprechen für eine ausgedehntere Erkrankung.

Sitzung vom 6. März 1887.

330) **K. Kétli:** *Ein Fall von localer Epilepsie.*

Der 30jährige, kräftige, bisher gesunde Arbeiter wurde am 22. Febr. auf der rechten Gesichtshälfte von schmerzhaften Zuckungen befallen die 5 Minuten lang anhielten und sich stündlich wiederholten. Am 27. Febr. liess er sich auf die Abtheilung des V. aufnehmen. Bei dem Kranken waren stündlich wiederkehrende, erst tonische dann clonische Krämpfe im Gebiete des rechten N. facialis zu beobachten, während welchen sich die Zunge stark nach rechts bog und das Bewusstsein nicht gestört war. In der anfallsfreien Zeit ist die um den Mund befindliche Partie der r. Gesichtshälfte gelähmt, kraft der electr. Untersuchung: Paralysis centralis, ausserdem Deviation der herausgestreckten Zunge nach rechts. Nebstdem ist auch eine Sprachstörung vorhanden: es vergehen manchmal Secunden bis der Kranke ein begonnenes Wort auszusprechen vermag; Zunge und Lippen werden jedoch gut bewegt. Es ist also auch noch Aphasia atactica vorhanden. Aus dem Gesagten geht hervor, dass die Erkrankung in die Rinde des unteren Theiles des Gyrus praecentralis localisirt werden kann. Das Centrum der Aphasia atactica ist der Gyrus Broca, der ganz nahe jenem Theile des Gyrus praecentralis gelegen ist, wo der Facialis seinen Ursprung nimmt, so dass es wahrscheinlich ist, dass die Aphasie und die Facialislähmung eine Ursache haben. Auffallend ist es, dass sich die Zunge während des Anfalles nach rechts krümmt, bedingt durch den Krampf des Musc. genioglossus, der vom N. Hypoglossus innervirt wird. Vom N. Hypoglossus wird angenommen, dass auch er ein corticales Centrum hat und es wird vermuthet, dass sich dasselbe im Gyrus praecentralis oder im Gyrus Broca befindet. Die Deviation der Zunge in diesem Falle bestärkt also diese Vermuthung.

Ueber das Wesen der Krankheit kann V. keinen Aufschluss geben. Der Kranke nimmt grössere Dosen Jodkali und seitdem sind die Anfälle ausgeblieben.

III. Referate und Kritiken.

331) G. Sergi (Rom): Ricerche di Psicologia Sperimentale. (Experimentell-psychologische Untersuchungen über die Dauer der einfachen Reactionszeit.) (Rivista Speriment. di Freniatria XII. 4.)

Die Trennung der Perceptionszeit und der Apperceptionszeit bei Analyse der einfachen psychischen Reaction ist unberechtigt; bei der Versuchsperson tritt der Reiz sofort in Apperception, weil ihre Aufmerksamkeit schon mit maximaler Spannung dem Eintreffen des Reizes zugewandt ist; man sieht sie anfangs in unsichrer, ungleicher Weise reagiren, und dann in Gang kommen und reagiren, wie wenn ein im Sinnesorgan erregter nervöser Reizvorgang schnell durch die Centren hindurchströmt, unter Umsetzung in motorische Energie.

Bei drei intelligenten Versuchspersonen hat S. nur durch Schallreize auffallende Schwankungen gefunden, nicht nur zwischen Individuum und Individuum, sondern auch an demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Versuchsreihen gaben diese Personen folgende Mittelwerthe für jede Serie:

	Person I	Person II	Person III
Serie 1,	0,064″	0,0875″	0,0704″
Serie 2,	0,0492″	0,109″	0,0856″
Serie 3,	0,0688″	0,171″	0,1124″

Für Schallreiz geben nun Wundt 0,167, Exner 0,136 Mc. Cattell 0,122 als Mittelwerth an, während Sergi u. a. als Mittelwerth bei Person I. aus allen Serien 0,06173″ findet. Auch an andern Personen hat dann S. kürzere Versuchsreihen gemacht und grosse Differenzen gefunden. So bei Mr. Galton 0,052″ bei Schall, während dieser berühmte Anthropologe auf Lichtreize 0,196″ reagirte. Die Reaction erfolgt also als ein einfacher Reflex, dessen Zustandekommen dadurch ermöglicht ist, dass die auf den Reiz gespannte Aufmerksamkeit während der ganzen Versuchsreihe die Bewegungsvorstellung des von der Versuchsperson zu gebenden Signals wach erhält und somit ein besonderer Willensact nicht mehr nothwendig ist. Für die Reactionszeit war es auch in der Mehrzahl der Fälle ganz bedeutungslos, ob der Schall erwartet oder unerwartet eintrat und ebenso war es ganz bedeutungslos, ob der Reiz (Glockenton) stark oder ganz schwach war, was dem von Wundt für die Abhängigkeit der Reactionszeit von der Schallstärke aufgestellten Gesetze schnurstracks widerspricht.*)

Kurella (Owinsk).

---

332) G. Jelgersma (Meerenberg): De nieuwere methoden van mikroskopisch onderzoek voor het centrale zenurstelsel. (Die neusten Methoden der mikroskopischen Untersuchung des centralen Nervensystems.) (Psychiatr. Bladen V. 2.)

Eine vollendet gelungne Schnittserie des centralen Nervensystems giebt keinen zuverlässigen Aufschluss über den Zusammenhang seiner

*) Vgl. die eben erschienene Arbeit Merckels aus dem Wundt'schen Laboratorium: Philosophische Studien IV. 1.

ihm zugänglichen Literatur alle brauchbaren Fälle mit Sectionsbefund — i. G. 231 — kritisch bearbeitet.

Nach einer historischen Uebersicht werden die von den verschiedenen Autoren aufgestellten Schemata, speciell die von Kussmaul, Wernicke, Lichtheim und Charcot ausführlich erläutert und das letztgenannte als das einfachste der Gruppirung der Fälle zu Grunde gelegt. Somit werden nach einander *Worttaubheit*, *Wortblindheit*, *motorische Aphasie* oder *Aphemie*, endlich *Agraphie* abgehandelt. Zum Schluss werden die als *amnestische Aphasie* und als *Paraphasie* beschriebenen Fälle untersucht.

Von den 231 Fällen werden 103 unter Worttaubheit, 21 unter Wortblindheit, 73 unter motorischer Aphasie besprochen; 10 weitere Fälle, in denen die Insel Sitz der krankhaften Veränderung, und in denen 8 Mal aphasische Erscheinungen beobachtet waren, dienen dem Nachweise, dass Nichts dafür angeführt werden könne, dass Aphasie auf Läsion der Insel beruhen könne. Während reine Fälle von Agraphie mit Sectionsbefund in der Literatur nicht vorliegen, können doch eine Reihe von Fällen aus den früher beschriebenen verwerthet werden, um auch die Frage der Localisation dieser Störung zu beleuchten. Die letzten 24 Fälle werden dann für die Localisirung der amnestischen Aphasie herangezogen, während Bedeutung und Localisirung der Paraphasie aus früher bereits besprochenen Fällen hergeleitet wird.

Auf Grund seiner kritischen Untersuchung gelangt Verf. zu dem Schluss, dass abgesehen von dem Schema Kussmaul's, das ja von einer Localisation der angenommenen Centra überhaupt absieht, das von Wernicke insofern fragmentarisch ist, als das Schreib- und Lesevermögen darin nicht zu seinem Recht kommt, während andererseits die Untersuchung keine Stütze für seine Leitungsaphasie und deren Verlegung in die Insel gegeben. Während auch das Lichtheim'sche Schema als den klinischen Thatsachen nicht entsprechend verworfen wird, wird das von Charcot als das relativ richtigste bezeichnet, aber als Mangel desselben angeführt, dass es keine Rücksicht auf die amnestischen Formen nehme.

Das Resultat, zu dem Verf. gelangt, ist in Kurzem folgendes.

Abgesehen von dem Begriffscentrum, das nur uneigentlich ein Centrum genannt werden kann, da die bezüglichen Functionen wahrscheinlich an einen grossen Theil der Gehirnoberfläche gebunden sind haben wir *vier* Centra anzunehmen, welche auf das Innigste unter einander verbunden sind, und zwar nicht durch eine einzige, anatomisch abgrenzbare, Associationsbahn, sondern wahrscheinlich durch eine grosse Mannigfaltigkeit von Associationsfasern.

In jedem dieser vier Centren ist ein Theil des Wortgedächtnisses deponirt, und zwar im *Centrum für die Auffassung des gesprochenen Wortes* haben wir das Gedächtniss dafür, wie die gesprochenen Worte klingen, im *Centrum für Auffassung des geschriebenen Wortes* das Gedächtniss dafür, wie die geschriebenen Worte sich dem Auge zeigen, in dem *motorischen Sprachcentrum* das Gedächtniss für die coordinirten

Bewegungen, durch welche articulirt wird, und im *motorischen Schriftcentrum* das Gedächtniss für die coordinirten Schreibbewegungen.

Die vier Centren liegen (bei Rechtshändigen) resp. im linken Gyrus temporalis superior, Lobulus parietalis inferior, hinterem Theil des Gyrus frontalis inferior und — wahrscheinlich, nicht sicher — im unteren Theil des Gyrus centralis anterior.

Die verschiedenen Formen der Aphasie entstehen nun durch *Zerstörung* oder durch *Verwirrung* der verschiedenen Centren. Bei Zerstörung des Centrums für die Auffassung des gesprochenen Wortes tritt Worttaubheit und Paraphasie ein: ist dies Centrum in Unordnung gebracht, so bleibt das Vermögen, die Anrede zu verstehen erhalten, aber es entsteht amnestische Aphasie. Analog hiermit gibt es, je nachdem das Centrum für die Auffassung des geschriebenen Wortes vernichtet oder nur in Unordnung gebracht ist, neben der Wortblindheit wahrscheinlich auch nur eine amnestische Form.

Ebenso gibt es bei Läsionen des motorischen Sprachcentrums entweder Aphemie oder eine Form von amnestischer Aphasie, bei Läsionen des motorischen Schriftcentrums je nachdem Agraphie oder eine amnestische Form derselben. Dehn (Hamburg).

---

339) **K. Kétli:** Ueber Neuritis multiplex degenerativa.

(Budapest. Orvosi Hetilap. 1887. Nro. 7. Pester mediz. chirug. Presse Nro. 11.)

K. schildert die Symptome der Polyneuritis degenerativa und erörtert im Zusammenhange alle jene Neurosen, deren Verlauf und Symptome mit der Polyneuritis eine Aehnlichkeit zeigen; er bespricht namentlich die differential-diagnostischen Momente dieser Krankheit und deren folgenden Erkrankungen: Poliomyelitis anterior, Pachymeningitis hypertrophica, Landry'sche Paralysis ascendens acuta. Er weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose in einzelnen Fällen hin: Zwischen der Poliomyelitis anterior und Polyneuritis sei in zweifelhaften Fällen als ein pathogenetisches Symptom die Betheiligung der Hirnnerven zu verwerthen, die für Polyneuritis spricht. Am Schlusse theilt er den folgenden Fall mit.

Ein 21 j. Dienstbote nach glücklich *verlaufener* Geburt wurde später von sich stets steigernden Kreuzschmerzen befallen, denen sich Tags darauf ziehende, kribbelnde Schmerzen und Schwächegefühl in den Extremitäten hinzugesellten. Im Verlaufe einiger Tage steigerten sich diese Schmerzen insbesondere um die Gelenke herum bis zur Unerträglichkeit. Alsbald stellte sich in sämmtlichen Extremitäten ein paretischer Zustand ein. Später liegt Pat. unbeweglich im Bette. Die Sprache hie und da unverständlich. Sämmtliche äusseren Aeste des rechten N. facialis, jedoch blos die Lippenaeste des linken facialis hochgradig paretisch. An beiden Gesichtshälften besteht die sogenannte anaesthesia dolorosa, das Hautgefühl mitsammt dem Wärmegefühl beträchtlich gesunken; am Gesichte fehlt auch der Hautreflex. Sämmtliche Extremitäten paretisch. Sehnen- und Hautreflexe vollkommen geschwunden. Die Muskulatur magerte rapid ab. Auf directe Reizung mit dem constanten Strom reagiren die schlaffen atrophischen

Muskeln, mitsammt den Gesichtsmuskeln schwach, gegen den inducirten Strom verloren sie alsbald ihre Reactionsfähigkeit. Am Gesichte waren Paraesthesien und an den Fingern Anaesthesien zugegen. Nebstdem litt Pat. an Agrypnie, Appetitlosigkeit. Fieber jedoch war keines zugegen. Die Abmagerung, Schwäche und die übrigen Erscheinungen waren 4 Wochen hindurch constant.

Bezüglich der Aetiologie der Erkrankung kann Kétli nichts Positives mittheilen. Wenn — wie es wahrscheinlich ist — Erkrankung immer aus einer Infection entsteht, so dürften hier gewisse während der Geburt entstandene, die Aufnahme des Contagiums erleichternde Momente das Uebel herbeigeführt haben; das Wesen des Infectionsstoffes jedoch ist vorderhand noch in Dunkel gehüllt.

Innerlich wurden der Pat. Chinin und später Natrium salicyl. gereicht; den Haupteffect jedoch übte die Faradisation der schmerzhaften und gelähmten Körpertheile. Moravcsik (Budapest).

---

340) **Henry Dwight Chapin** (New-York): Peripheral neuritis and the painful paralyses of early life. (Periphere Neuritis und die schmerzhaften Lähmungen im Kindesalter.) (The Medic. Record. 15. Januar 1887.)

Verf. sagt, dass seiner Ansicht nach eine im Kindesalter auftretende Paralyse in den Fällen, in welchen der Schmerz ein hervorragendes und andauerndes Symptom ist, die Lähmung sich langsam entwickelt und aufsteigt, langsam aber vollkommen Heilung ohne Hinterlassung von Deformitäten eintritt, dass sie da gewöhnlich durch eine Erkrankung peripherer Nerven hervorgerufen ist. Im Uebrigen bespricht er unter Anführung einiger betreffenden Fälle und unter Citirung der Meinungen der verschiedenen Beobachter mehrere allerdings meist bekannte Punkte, die für die differentielle Diagnose zwischen peripherer Neuritis und Poliomyelitis im kindlichen Alter von Wichtigkeit sind; er hebt dabei hervor, dass, wie dies auch schon von Andern (z. B. Leyden) betont, das klinische Bild der infantilen Paralyse durch verschiedene anatomische Läsionen, nicht selten durch eine Combination solcher in peripheren Nerven und im Rückenmark zugleich localisirter hervorgerufen werden könne; endlich sagt er, dass es bei dem heutigen Stande unseres Wissens unmöglich sei, alle diejenigen Ursachen (Erkältung, Bluterkrankungen, acute fieberhafte Krankheiten, Wunden) anzugeben, die bei Kindern das periphere Nervensystem so angreifen können, dass Schmerzen und Lähmung die Folge sind. Voigt (Oeynhausen).

---

341) **M. Allen Starr** (New-York): Multiple Neuritis and its relation to certain peripheral neuroses. (Multiple Neuritis und ihre Beziehung zu gewissen peripheren Neurosen). (The Medic. Record. 5. Febr. 1887.)

Nachdem Verf. eine ausführliche Geschichte der Lehre von der multiplen Neuritis gegeben, auch ebenso ausführlich die Pathologie jener Erkrankung besprochen hat, hebt er unter den verschiedenen Krankheitsformen, die noch bis vor Kurzem zu der sogenannten peri-

pheren Neurosen ohne anatomische Basis gerechnet wurden, jetzt aber als zur peripheren Neuritis gehörig erkannt sind, namentlich zwei hervor: die zuerst von Putnam beschriebenen „Numbfingers" (Taubheit der Finger) und die intermittirende Paralyse. Sodann geht er näher auf die Aetiologie der Erkrankung ein und bespricht an der Hand lehrreicher Fälle 1) die durch Vergiftung mit Alkohol, Arsenik, Blei u. s. w. 2) die durch Infection (Diphtherie, Variola, Typhus, Malaria, Tuberculosis 3) die durch unbekannte Ursachen (Erkältung, Ueberanstrengung (?) hervorgerufenen Krankheitserscheinungen. Endlich handelt er die Diagnose, Prognose und Behandlung der Krankheit ab, und zwar in derselben klaren und bestimmten Weise, in der die ganze Arbeit geschrieben ist; ihr Studium sei daher Jedem empfohlen, der sich über die multiple Neuritis schnell und doch genau unterrichten will.

Voigt (Oeynhausen).

---

342) **J. West Roosevelt** (New-York): A chort study of Beriberi, with a report of cases observed in Bellevue Hospital. (Eine kurze Studie über Beriberi nebst einem Bericht über im Bellevue-Hospital beobachtete Fälle.) (The Medic. Record 19. Febr. 1887.)

Nachdem Verf. eine kurze Uebersicht über das gegeben, was wir von der Erkrankung durch Scheube, Guignon, Seguin u. s. w. wissen, berichtet er über 2 von ihm behandelte Fälle, deren einer zur Section kam; dabei wurden leider die peripheren Nerven nicht geprüft (Hirn und Rückenmark erschien gesund, Milzvergrösserung, pleuritisches Exsudat etc.). Die Kranken, Matrosen, waren von Hongkong nach New-York auf einem Schiffe gefahren, von dessen 18 Mann zählender Besatzung angeblich in Folge schlechter Nahrung, schlechten Trinkwassers, Unreinlichkeit der Schiffsräume etc. 12 in derselben Weise erkrankten, (Schwäche und Schwere der Beine, Oedem, Dyspnoe etc.) 4 starben. Verf. sagt, dass es sich in diesen Fällen nicht, wie man vielleicht annehmen könne, um Scorbut gehandelt habe; denn 1. sei der Capitain zuerst krank geworden und gestorben, 2. habe kein Kranker blutendes Zahnfleisch, nur 1 blutigen Durchfall gehabt und 3. komme Paralyse, wie in vorliegenden Fällen beobachtet, bei Scorbut nicht vor. (?) Voigt (Oeynhausen).

---

343) **M. Bernhardt** (Berlin): Notiz über die mit Symptomen einer (Cerebro-) Spinalmeningitis einsetzenden Abdominaltyphen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1886. Nro. 50.)

Anknüpfend an die Bemerkungen Curschmann's (siehe dieses Centralbl. 1887. Nro. 2) macht B. auf eine Arbeit von Fritz betitelt: Etude clinique sur divers symptomes spineaux observés dans la fièvre typhoide (Paris, Delahaye) aufmerksam, welche 1864 erschienen ist und etwas in Vergessenheit gerathen zu sein scheint. „Die hier vorliegende Frage ist in einer solchen Vollständigkeit und Ausführlichkeit bearbeitet, dass, abgesehen von den zu jener Zeit unvollkommenen bezw. fehlenden mikroparasitären Untersuchungen dieselbe fast erledigt sein könnte." Im Prodromalstatium beobachtet man (nach

Elemente; er lässt sich nur an den Organen von Embryonen und an solchen nachweisen, in denen sich ganze Zellen- und Fasersysteme nach experimentellen Eingriffen oder Herderkrankungen abgrenzen, da in solchen Fällen gewisse Strecken der mit dem Ort der Läsion unmittelbar zusammenhängenden Elemente degeneriren. Die Vorbereitung derartiger Präperate will J. nun besprechen; dieser erste Theil seiner Arbeit giebt die Härtungs- und Einbettungsmethoden und zwar im wesentlichen, was sich in den neusten Handbüchern von Fol, Dippel und Friedländer findet, und Ref. will hier nur solche Dinge hervorheben, die J. zum ersten Mal empfiehlt resp. modificirt.

Gehirne, die länger als 24 Stunden nach dem Tode präparirt werden, kommen, vor dem Einlegen in Müller'sche Flüssigkeit, 3—4 Tage lang in 10% Alcohol, dem man etwas Jodtinctur bis zur leicht gelblichen Färbung zugesetzt hat. Stücke der Hirnrinde legt man am besten so ein, dass man die zu härtenden Theile mit einem Valentin-Doppelmesser aus dem ganzen Organ herausschneidet. Die Erhärtungsflüssigkeit wechselt man 4 Mal zu Anfang, später kann man sie beliebig lange ungeändert lassen.

Zur Untersuchung der Rindenzellen eignet sich die Chromsäure-Härtung gar nicht, hier empfiehlt sich eine 6 tägige Härtung in Alcohol von täglich steigender Concentration und Färbung mit Dahlia-Anilinschwarz empfiehlt sich zur Darstellung des Axencylinderfortsatzes. Zur Fixirung des lebenden Hirngewebes dient Osmiumsäure, die dann auch gleichzeitig erhärtend wirkt.

Vor der Einschmelzung kommt das Gewebs-Stück 2—12 Stunden in Terpentin, 2—24 Stunden im Brütofen bei 40—50° C. in 3 Paraffin zu 1 Terpentin, dann noch im Brütofen in geschmolzenes Paraffin, das durch Zusatz von Terpentinöl den Schmelzpunkt bei 50° C. hat. Das Präparat wird auf dem Kork des Mikrotoms mit Paraffin angeklebt, um eine gleichmässige Consistenz des Paraffins zu erhalten, lässt man den Kork mit dem angeklebten Präparat in Wasser kühl werden. Grössere Stücke umgiebt man mit einem Block von Paraffin, das man über einer Gasflamme bis zur dunkelstrohgelben Färbung erhitzt hat.

In Celloidin eingeschlossene Präparate schneide man mit dem Mikrotom so, dass die ganze Länge des Messers zum Schneiden gebraucht wird. Kurella (Owinsk).

---

333) **Richard von Santvoord** (New-York): A case of mixed round — and spindle — celled sarcoma of retroperitoneal glands, cauda equina, nerveroots, dura of spine and brain, pons, medulla and corpora striata. (Sarcom des Centralnervensystems.)

(The Medic. Record. 1. Januar 1887.)

Der Fall betraf eine 34 jährige Frau, die in so apathischem Zustande in's Hospital kam, dass eine erschöpfende Anamnese nicht aufgenommen werden konnte. Sie klagte über heftige Schmerzen des Leibes und des linken Beines (früher des rechten); dasselbe war deut-

lich abgemagert, dabei frei von Sensibilitätsstörungen; Reflexe, electrische Erregbarkeit, Muskelkraft etc. wurden nicht geprüft. In der Nabelgegend fand sich ein nicht genau zu umgrenzender Tumor. Vier Tage vor dem kurze Zeit nach der Aufnahme erfolgenden Tode trat Paralyse der Beine und der Blase, sowie hochgradige Aphasie ein. — Verf. macht auf die grosse Zahl und ungewöhnliche Vertheilung der Neubildungen in diesem Falle aufmerksam, deren erste, ihrer Grösse wegen, wahrscheinlich die (nach Virchow beiläufig sehr seltene) retroperitoneale war; und ferner macht er darauf aufmerksam, das Sarcome, die Spinallähmungen im Gefolge haben, gewöhnlich nicht von der Wirbelsäule ausgehen, sondern in der Medulla selbst sitzen.

Voigt (Oeynhausen).

---

334) **Willard H. Morse** (Westfield N. J.): Notes on a case of peripachymeningitis spinalis. (Bemerkungen zu einem Falle von Peripachymeningitis spinalis.) (The Medic. Record. 1. Januar 1887.)

Verf. bereichert die Casuistik der so seltenen Peripachymeningitis (John Simon, Müller, Traube, Mannkopf, Leyden, Putzel) durch folgenden Fall: Ein schwächlicher junger Mann mit ererbter und erworbener Neigung zu Nervenerkrankungen, der namentlich viel an heftigen Kopfschmerzen litt, begann wenige Stunden nach einer Erkältung an starkem rechtsseitigen Nackenschmerz zu leiden, der sich bald auf die obere Rückengegend verbreitete. Man constatirte Fieber und Anschwellung der rechten Nackengegend, und diagnosticirte an dieser Stelle einen tief sitzenden Abscess. Am Ende der 4. Woche trat plötzlich fast vollkommene Lähmung der rechten Körperseite, wenige Tage später auch Ameisenkriechen und Kriebeln ein, Symptome, die unter Behandlung mit localer Faradisation im Laufe von 5 Monaten fast ganz verschwanden, und ebenso verschwand die Nackenanschwellung. Pat. blieb nun 3 Jahre vollkommen gesund, bis sich eines Tag's, vielleicht in Folge eines Alcohol-Missbrauch, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit und grosse Schwäche der Rückenmuskulatur einstellte. Fünf Tage später begann Somnolenz und als diese etwas schwand, „Nadelstichgefühl“ in der Dorsalgegend; zugleich zeigten sich in der Gegend der oberen Rückenwirbel fluctuirende Stellen, die nach ihrer Eröffnung übelriechenden Eiter und ein Knochenstückchen entleerten. Hieran schlossen sich einige Krampfanfälle. Werfen des Kopfes auf die Seite, allgemeine Erschlaffung, Bewusstlosigkeit, Coma, Tod. — Sectionsbefund: Unterminirung der Haut und Muskeln in der Nähe der Dorsalwirbelsäule durch Eiter; Einbettung der Dura mater bis zum 10. Dorsalwirbel herab in eine fast 4 Millimeter dicke Exsudatschwarte; normale Farbe und Beschaffenheit der Dura (?), Pia und Medulla, nur dass letztere Spuren von Compression, aber keine Entzündung zeigte; acuter Entzündungszustand des Bindegewebes zwischen Muskel und grossen Nervenstämmen.

Voigt (Oeynhausen).

---

335) **Frigerio:** Porencephalia da causa traumatica, che distrusse la zona motrice. (Porencephalie durch Trauma.)

(Riv. Speriment. Vol. XII. fasc. III. p. 286.)

Eine 26jährige an exsudativer Pleuritis verstorbene Frauensperson hatte im Alter von 4 Monaten ein schweres Schädeltrauma erlitten, im Anschluss an welches sich allmählig Atrophie, Anästhesie und Parese der linken Körperhälfte und Anaesthesie rechts (ob vollständige ist nicht gesagt) eingestellt hatten. Später wurde sie auch epileptisch. Die Section ergab einen grossen Knochendefect in der rechten Parietalgegend. Darunter fand sich an Stelle der aufsteigenden Parietal- (hinteren Central-) windung und des oberen und unteren Scheitelläppchens eine trichterförmige, mit heller Flüssigkeit gefüllte Einsenkung an deren Grund der Plexus chorioid. und das hintere Ende des Thalamus opticus zu sehen war. Links zeigte sich eine Atrophie des Praecunneus. Leppmann (Breslau).

---

336) **V. Codeluppi** (Reggio-Emilia): Degenerazioni discendenti ed ascendenti in seguito di compressione del midollo cervicale. (Compression des Halsmarks; auf- und absteigende Degeneration).

(Riv. Sperimentale XII. 4.)

Bei einer pellagrösen, dementen Frau nach einem Fall auf den Rücken totale Lähmung der unteren Extremitäten; später kommen dazu: Schwächung der Sensibilität der gesammten Rumpf- und Extremitätenhaut, Parese der oberen Extremitäten, Flexionscontractur des r. Daumens. Section zeigt einen knorpligen Strang in der Höhe des fünften und sechsten Dorsalfortsatzes, der das Rückenmark von hinten stark comprimirt hat. Mikroskopisch: Complete Sclerose der Seitenstränge von der Compressionstelle nach unten.— 2 Centimeter unterhalb der Compressionsstelle beginnende Sclerose der Hinterstränge, die nebst dem Hinterhorn in der ganzen Länge der Compression zerstört, frei von Nervenfasern und reich an Amyloid-Körpern sind. Nach oben von der Compression sind die Seitenstränge bald wieder normal, die Hinterstränge bleiben sclerotisch bis in die Corpora restiform. hinein; in diesen verschwand in der Höhe der Oliv. infer. allmählich die Degeneration; am Unterrand des Pons fanden sich nur noch einige degenerirte Fasern, wie sie auch noch in der Pyramidenkreuzung als Spuren der Störungen in den Seitensträngen vorkamen.

Kurella (Owinsk).

---

337) **W. H. Thomson** (New-York): Case of word-blindness, Classification of the forms of aphasia. (Fall von Wortblindheit, Classificirung der Formen von Aphasie). (The Medic. Record. 12. März 1887.)

Eine 60jährige Frau fühlte sich nach einem übrigens nicht sehr anstrengenden Ritte ungewöhnlich abgespannt und zugleich brachte sie es aus ihr unbegreiflichen Grunde trotz mehrfacher Versuche nicht fertig, eine kurze Zeitungsankündigung zu verfassen. Kurz darauf stellte sich ein heftiger, Tag und Nacht anhaltender Schmerz im obe-

ren Theile der linken Schläfe ein, und andern Morgens bemerkte Pat. dass sie unfähig war, Geschriebenes zu lesen, beziehungsweise zu verstehen, während doch in jeder anderen Beziehung ihre Augen normal functionirten. Abgesehen von dieser Wortblindheit bot Pat., deren Bruder beiläufig an Hemiplegie mit Aphasie gelitten hatte, keinerlei Krankheitssymptome; nur die Arteriae radial. fühlten sich etwas hart und geschlängelt an und der Puls war gespannt und mässig beschleunigt; auch versprach sie sich einige Tage später gelegentlich, verbesserte sich aber immer sofort. Nach 2 Wochen begann die Besserung des Leidens und nach Ablauf von 3 Wochen konnte Pat. wieder mit einer gewissen Leichtigkeit lesen und schreiben — letzteres anfangs in kleinen, später in ihren gewohnten grossen Buchstaben; immerhin ging das Lesen langsamer vor sich, strengte sie mehr an (namentlich das „für sich lesen"), als früher; auch blieb eine deutliche Unruhe des Körpers und eine grosse Ungeduld zurück.

Verf. sagt, dass vorstehende Krankengeschichte für die Richtigkeit der neuerdings von Charcot eingeführten Classification der Aphasie in eine rein sensorische und rein motorische Form (anstatt der ungenauen und vagen amnestischen und atactischen) spreche; der Fall gehöre gerade wie der z. B. von Broadbent angeführte von Worttaubheit zu der sensoriellen Form, insofern die Sprachstörung allein hervorgerufen wurde durch einen sensorischen Defect, den in gewissen Gruppen sensorischen Nervenzellen, dem im Gyrus angular. und seiner Umgebung liegenden Gesichtscentrum entstanden sei.

Im Gegensatze hierzu ist als motosische Form der Aphasie, die bei Weitem häufiger vorkomme, diejenige zu betrachten, bei welcher der Pat., wenn er sprechen will, kein Wort hervorbringen kann, obgleich er alles Gelesene und Gesprochene versteht; hier versagen aber die motorischen Nerventheile, die jedes Sprechen bewirken, ihren Dienst. Zwischen diesen beiden Hauptformen liegen verschiedene Mischformen. Ausserdem aber gibt es noch eine Reihe von Sprachstörungen, als deren wichtigste die Paraphasie zu nennen ist, die sich zum Theil kaum anders erklären lassen, als dass man ein drittes Sprach-Element annimmt, das etwa dem Gangliencentrum eines einfachen Nervenbogens entspricht, und in welchem die „Erklärung der Worte durch das Bewusstsein" vermittelt wird. Ist dieses Centrum gestört (centrale Aphasie) so kann Pat. wohl vielleicht Worte aussprechen, aber nicht Selbstgedachtes aussprechen oder er gebraucht beständig falsche Worte oder er spricht unzusammenhängend, da ihm gewisse Worte, oft eine ganze Klasse von Wörtern vollständig verloren gegangen sind.

Voigt (Oeynhausen).

---

338) **F. Lennmalm**: Om Lokalisationen i Hjernbarken af Afasiens olika Former. (Localisation der Aphasie.)

(Akademisk Afhandling Upsala 1886.)

Zur Lösung der in der Ueberschrift genannten Aufgabe, die verschiedenen Formen der Aphasie im Sinne der Localisationslehre in der Hirnrinde anatomisch zu unterscheiden, hat Verf. aus der gesammten

eine grosse Frage. Unter solchen Umständen scheint mir der Versuch Arndt's nicht nur berechtigt, sondern auch ganz zweckmässig zu sein. Jedenfalls verdient derselbe eine wohlwollende Aufnahme.

Die augenblicklich zu besprechende Arbeit will nur zeigen, dass die Auffassung des Verf.'s nicht am grünen Tische entstanden ist, sondern dass sie sich auf thatsächliche Beobachtungen stützen kann. Die Methode, mittelst deren dieser Nachweis geführt wird, ist die graphische. Vierzehn in der Greifswalder Anstalt genau beobachtete verschiedenartige Krankheitsfälle werden uns an der Hand von Curventafeln, denen sich jedesmal eine Besprechung des Einzelfalles anschliesst, vorgeführt. Der 1. Fall betrifft nach der bisher üblichen Bezeichnung eine Melancholia stuporosa, der 2. eine Melancholia transitoria, der 3. eine schwere hypochondrische Melancholie, der 4. hysterisches Irresein, der 5. epileptisches Irresein, der 6. alkoholische Geistesstörung, der 7. periodisches Irresein, der 8. Pubertäts-Irresein, der 9. primäre Verrücktheit, der 10. allgemeine progressive Paralyse, der 11. die nämliche Krankheitsform, der 12. versatilen Blödsinn, der 13. secundäre Verrücktheit, und der 14. versatilen Blödsinn.

Bei der Darstellung des Ganzen sind die Verf. von folgenden Gesichtspunkten ausgegangen. Schon das normale psychische Geschehen, beziehungsweise das gesunde Empfinden und das gesunde Sich-Aeusseren sind in jeder Hinsicht manchfachen Schwankungen unterworfen, für die sich leicht ein graphisches Bild entwerfen lässt und deren Charakteristicum das Maassvolle ist. Da das Krankhafte allenthalben schon innerhalb der Breite der Gesundheit seinen Anfang nimmt, indem es nach der Ansicht der Verf. nur einen einseitigen Excess gesunder Vorgänge darstellt, so lassen sich auch in dieser Frage die Verhältnisse des gesunden Geisteslebens mit denen des krankhaften in Beziehung bringen. Es wurden daher „von einer idealen Linie, der Indifferenzlinie, ausgehend“ nach unten und oben von jener Linie, ja nachdem es sich mehr um melancholische oder maniakalische Vorgänge handelt, die krankhaften Abweichungen in der Sphäre des Sich-Aeusserens (Ergasien) und des Empfindens (Aesthesien) verzeichnet, wobei zunächst der Indifferenzlinie nach unten und oben ein schmales Gebiet für diejenigen Handlungen abgegrenzt ist, welche noch unter die Breite des Normalen fallen. Die im Stupor und in stuporösen Zuständen hervortretenden entsprechenden Ergasien fallen wegen ihrer geringen Intensität, gewöhnlich in die oben erwähnte Zone, beziehentlich in den unterhalb der Indifferenzlinie (melancholische Sphäre) gelegenen Abschnitt derselben und imponiren nur durch die eigenartige Schwäche, mit der sie ausgeführt werden. Um ein bestimmtes Mass für den Curvenausschlag der melancholischen und maniakalischen Ergasien zu finden, ist auf allen Tafeln jeder der beiden gleich grossen Spielräume nach unten und oben von der Zone der in die Breite des Normalen fallenden Handlungen in sieben gleiche Theile getheilt, deren jeder seine bestimmte Bezeichnung auf der Ordinate erhalten hat. So zerfallen die melancholischen Handlungen von jener Zone beginnend nach abwärts je nach dem Grade ihrer Intensität in: 1. Aeusserungen leicht

melancholischer Verstimmung (trüber, trauriger oder auch finsterer Gesichtsausdruck und Haltung); 2. in Weinen, Schimpfen, Schelten; 3. in Umherrennen; 4. in Zerstören und beginnendes Aggressiv-Werden 5. in Aggressiv-Werden und Aggressiv-Sein; 6. in Handlungen bei getrübten und 7. in Handlungen bei aufgehobenem Bewusstsein. Die maniakalischen Handlungen sind eingetheilt 1. in Aeusserungen leicht maniakalischer Verstimmung (heiteres, fröhliches Aussehen); 2. in Lachen, Singen, Schwatzen; 3. in Tanzen und Springen; 4. in Aeusserungen leichteren Uebermuthes (Koboldschiessen, Neckereien); 5. in Aeusserungen stärkeren Uebermuthes (Schabernack, Püffe austheilen, Hüte eintreiben); 6. in Handlungen mit getrübtem und 7. in Handlungen mit aufgehobenem Bewusstsein. Die Linien, aus welchen sich die Curven bilden, sind der Bequemlichkeit halber überall gerade, für die Curven der paralytischen Handlungen unterbrochene Linien gewählt worden.

Die krankhaften Aenderungen des Fühlens und Empfindens, die gleich wie in der Norm in die beiden Grundkategorien der Lust- und der Unlustgefühle zerfallen und als psychische Hypästhesie, Anästhesie und Hyperästhesie bezeichnet werden, sind in ihren verschiedenen Abstufungen durch Schraffirung des Grundes, auf dem die Curve der Ergasien aufgetragen ist, gekennzeichnet, wobei zu bemerken ist, dass Strichelung von rechts oben nach links unten die melancholische, die in umgekehrter Richtung ausgeführte die maniakalische Verstimmung ausdrückt, während der Stupor durch gekreuzte Striche dargestellt wird. Die verschiedenen Grade der jeweiligen Verstimmung sind durch die verschiedene Dicke und Dichtigkeit der Strichelung charakterisirt.

Um diese verschiedenen Arten von krankhafter Verstimmung und Selbstbewusstseinsmodification zu versinnbildlichen, werden sie je nach Beschaffenheit und Stärke in zehn Classen eingetheilt, von denen auf die melancholische Verstimmung vier entfallen und zwar nach zunehmender Stärke 1. die Verdriesslichkeit, 2. Unzufriedenheit, 3. der Ingrimm oder die Verzweifelung und 4. der Galgenhumor der bereits den Uebergang zur maniakalischen Verstimmung andeutet. Letztere tritt ebenfalls in vier Abstufungen auf: 1. als Heiterkeit, 2. als allgemeines Wohlichkeitsgefühl, 3. als Ausgelassenheit und 4. im Uebergang zum Stupor als Albernheit. Das stuporöse Selbstgefühl wird nur in zwei Graden aufgestellt: 1. psychische Dämmerzustände, 2. vollständige Versunkenheit. Selbstverständlich sind alle diese Bezeichnungen, ebenso wie diejenigen für die Abstufungen der krankhaften Ergasien, ganz willkürlich gewählt und könnten durch beliebige andere ersetzt werden. Ihr Werth beruht nur darin, dass sie bei allen 14 Beobachtungen gleichmässig angewandt werden.

Für die dritte Categorie von krankhaften Erscheinungen, die psychischen Parästhesien oder die Gefühle von einem dem betreffenden Individuum fremden Charakter ist eine andere Darstellungsmethode gewählt. Sie werden durch eine besondere, meist violette Grundfarbe zur Anschauung gebracht, „auf der oder mit der die betreffenden Schraffirungen ausgeführt sind, so dass, je nachdem die krankhaft

veränderte Stimmung oder das Fremdartige der Gefühle vorwaltet, namentlich im ersten Falle bald die Strichelung, bald die besondere Färbung deutlicher hervortritt".

Die hypochondrische, die hysterische, die epileptische und die alkoholistische Constitution, welche sich durch wohl charakterisirte Besonderheiten in den Psychosen ausprägt, ist durch besondere Färbung des Grundes der Tafeln gekennzeichnet, indem der hypochondrische Character durch Braun, der hysterische durch Grün, der epileptische durch Roth und der alkoholische durch Blau ausgedrückt wird.

Zur Orientirung über den zeitlichen Verlauf der Krankheit sind auf der Abcisse in kleineren Zwischenräumen Daten angeführt; ein Intervall zwischen zwei Senkrechten (Ordinaten) bezeichnet gewöhnlich einen Zeitraum von 2—3 Tagen.

Drängt sich somit auf den Curventafeln auch Vieles in relativ engen Grenzen zusammen, so sind die Tafeln Dank der guten Ausstattung doch ziemlich übersichtlich. Eine Betrachtung derselben im Zusammenhang lässt erkennen, dass alle etwas sehr Verwandtes mit einander haben. Es zeigt sich nämlich, dass die Curven sämmtlich zuerst unter die Indifferenzlinie resp. die angenommene Breite der Gesundheit herunter gehen, eine Zeit lang unterhalb derselben verlaufen und — abgesehen von den Abortivformen der Psychosen, deren Curven auch dauernd dort verbleiben — danach sich wieder erheben und jene auch nach oben überschreiten, dass sie ferner von da erst wieder unter die Indifferenzlinie, also nach der melancholischen Seite, herabsinken und mehr oder weniger lange auf ihr verharren, ehe sie zur Norm zurückkehren oder einen anhaltenten abwegigen anomalen Gang einschlagen. Sie bestätigen also den von Arndt bereits in seinem Lehrbuch verfochtenen Satz, dass Aeusserungen der Melancholie die Scene eröffnen, dass dann solche der Manie folgen, dass sich daran wieder eine secundäre Melancholie anschliesst, welche bald mehr bald weniger den Charakter des Stupors besitzen kann, ehe Rückkehr zur Gesundheit oder Uebergang in dauernden Blödsinn eintritt. Scheinbare Ausnahmen hiervon machen nur die Abortivformen der Psychosen.

Den vierzehn nach den concreten Beobachtungen entworfenen Curventafeln sind noch sieben weitere angefügt, auf welchen die Verf. zur besseren Uebersicht unter Weglassung alles Nebensächlichen nach jenen vierzehn Beobachtungen den Typus der verschiedenen wohl umrissenen Krankheitsbilder schematisch dargestellt haben.

Zum Schlusse wird zugegeben, dass es wohl manche Fälle von Geistesstörung gebe, die schwer, ja scheinbar gar nicht graphisch darzustellen seien. Es seien das aber nur solche die von vorneherein schlecht beobachtet und behandelt oder schon zu weit vorgeschritten seien, oder denen Momente angeborener Geistesschwäche beigemischt wären.

Anfängern ist es jedenfalls sehr anzurathen, derartige Curventafeln über die ihnen vorkommenden Fälle von Geistesstörung anzulegen, weil sie dadurch zu einer gewissenhafteren und fleissigeren Be-

obachtung gezwungen werden und gleichzeitig einen besseren Ueberblick über die Entwicklung und den Verlauf des Einzelfalles gewinnen.

Die Austattung des Buches ist gut, so dass wir es auch in dieser Hinsicht jedem Irrenarzte zur Lektüre empfehlen können.

Reinhard (Hamburg).

---

350) **F. Siemens** (Ueckermünde): Casuistischer Beitrag zur **Frage:** Syphilis und Dementia paralytica. (Neurol. Centralbl. 1887. Nro. 6.)

O. R. aus N. geb. 1854, ohne erbliche Belastung, heftig im Wesen von jeher, 1871 Soldat, wurde Unteroffizier, 1878 Schanker. Induration, specifischer Ausschlag, Drüsenschwellung; Rachengeschwüre. Schmierkur. Heilung. 1880 wiederum Ulcus am Penis, nach 4 Wochen geheilt aus dem Lazareth entlassen. Im Mai 1881 plötzlich Schielen auf dem rechten Auge, Kopfschmerzen, Flimmern. Schmierkur, Jodkali bessert die Augensymptome etwas; am 27. Mai jedoch rechtsseitige Lähmung der Bewegungsfähigkeit mit Einschluss der Gesichts- und Sprachmuskulatur, Aphasie, Zurückgehen aller Symptome, 24. Juni 1881 6 wöchentl. Urlaub. Schwäche, Schwindel und einmal auch Lähmung des M. obliquus superior rechts wiederholen sich und schwinden. Im Sommer 1884 aus dem Dienst entlassen. Geistige Schwäche tritt immer deutlicher hervor; am 19. Nov. 1884 in die Irrenanstalt aufgenommen. Mitte Dezember stellte sich motor. Unruhe und Grössenideen ein. 8. Mai 1885 paralytischer Anfall. Parese des rechten Armes und Beines, Sensorium benommen. Pat. wird schliesslich ganz blödsinnig. Tod 1886 am 7. Mai unter zunehmendem Marasmus, Abmagerung und Decubitus. Aus dem Sectionsbefund: Pia über dem Stirnhirn und den Centralwindungen weiss getrübt, über dem ganzen Gehirn trübsulzig durchtränkt. Durch Schwund der Windungen: cystoide Räume in den Furchen zwischen den Stirnwindungen und am Paracentrallappen rechts. Arterien im Lumen frei. Nirgends Geschwülste oder Herde. Ependym der Seitenventrikel verdickt, stark granulirt. Spezifische Veränderungen wurden an keinem Organe constatirt. Microskopisch: Rindenpyramidenzellen des Hirns grösstentheils missgestaltig, oft pigmentirt, Kerne der Glia deutlich vermehrt. Intimae kleiner Gefässe voller Kerne, z. Th. bis zur Verlegung des Lumens. Auf Querschnitten (durch Figuren erläutert) erscheint die Pyramidenseitenstrangbahn des Rückenmarks rechts stark affizirt. In den Hintersträngen oben die bekannte flügelförmige Figur, weiter unten Betheiligung der Goll'schen Stränge, im Lendentheil wird die Verfärbung diffuser nach der Mediallinie zu.

Der Fall zeigt die Möglichkeit der Beobachtung und Verfolgung des klinischen Zusammenhangs zwischen Syphilis und der sog. klassischen Form der Dementia paralytica. Ferner lehrt er, dass die anfangs mit Herdsymptomen des Hirns einhergehende Syphilis später eine diffuse Encephalitis und Myelitis nach sich zieht, gegen welche antisyphil. Curen sich unwirksam erwiesen. Die Section hat leider zur Aufklärung über den path.-anatomischen Zusammenhang beider Processe nicht beigetragen. Goldstein (Aachen).

Fritz) Functionsstörungen des Rückenmarkes wie Schmerzen in der Lendengegend, Parese der unteren Extremitäten, cutane und muskuläre Hyperästhesie, Rücken-, Nacken-, Hinterhauptschmerzen. Ende der ersten Woche können sie verschwinden; doch können sie auch das Krankheitsbild beherrschen und andauern. Bei Obductionen fand man dann keine Myelitis oder Meningitis, höchstens Congestion der Rückenmarkshäute. Es handelt sich also nicht um zufällige Complicationen, sondern um eine „spinale" Typhusform, wie man auch eine „cerebrale" bei ausgeprägteren Hirnstörungen bezeichnen kann. Hyperästhesieen, Par- und Anästhesien, Lähmungszustände, ja bulbäre Symptome werden beobachtet, alles das gewöhnlich bei Kindern, Frauen, anämischen, geschwächten Individuen. Verf. fügt dann noch einen eigenen Fall aus der Zeit seiner Assistenz in der Nervenklinik der Charité an, welcher ebenfalls im Anfang und weiteren Verlauf des Typhus die für eine Spinalmeningitis charakteristischen Erscheinungen darbot.

Goldstein (Aachen).

---

344) **H. Krabbel**: Ein Fall von Paraplegie nach Gelenkrheumatismus. (Bonner Dissertation 1887.)

Ein 21 jähriger Buchdrucker, aus Senator's Material, wird nachdem er vor ca. 1 Jahre an Bleikolik gelitten, von Gelenkrheumatismus befallen und nach etwa 3 wöchentlicher Behandlung in der Charité entlassen. Plötzlich in der Nacht, während einer bald darauf folgenden neuen rheumatischen Attaque, Lähmung beider Unterschenkel, verbunden mit vollständigem Fehlen der Sensibilität, Erhaltensein der Sehnenreflexe. Verf. glaubt die Störung bedingt durch eine Meningitis spinalis mit Uebergreifen auf die weisse Substanz des Rückenmarkes am untersten Theile des Dorsalmarkes.

Goldstein (Aachen).

---

345) **Friedrich Bezold** (München): Labyrinth-Necrose und Paralyse des nerv. facialis. (Wiesbaden bei Bergmann 1886.)

Die sehr interessante Monographie bietet auch für den Neurologen manches Bemerkenswerthe. Verf. geht aus von 5 selbst beobachteten Fällen von Necrose der Schneckenwindungen, eines oder mehrerer halbzirkelförmiger Canäle oder des ganzen Labyrinthes. Die 4 ersten Fälle boten vorübergehende oder auch dauernde Facialisparalyse dar, beim letzteren war der Facialis intact. In einer übersichtlichen Tabelle werden die bis jetzt beobachteten Fälle von Labyrinthnecrose zusammengestellt, es sind einschliesslich der durch Verf. beobachteten 41. An dieser Stelle interessirt uns zunächst das Auftreten der Schwindelerscheinungen, welches nach dem Verf. als ein durchaus nicht regelmässig vorkommendes Initialsymptom der Labyrinthnecrose aufzufassen ist. Verf. tritt vom klinischen Standpunkte aus der Ansicht von Goltz, Löwenberg, Spamer etc. über die Bedeutung der halbcirkelförmigen Canäle bei, da ihm die Baginsky'schen Versuche nicht beweiskräftig genug erscheinen, um die experimentellen und klinischen Ergebnisse umzustossen.

Die erwähnte Tabelle zeigt nun in 35 Fällen von Labyrinthnecrose, in welchen Mittheilungen über den N. facialis vorliegen, 28 Mal Lähmungserscheinungen und 1 Mal Reizerscheinungen dieses Nerven. Die Ausstossung eines grösseren Theiles oder des ganzen por. acust. intern. vernichtet in der grossen Mehrzahl der Fälle dauernd entweder vollständig oder theilweise die Function nicht nur des Acusticus, sondern auch des Facialis. Hingegen bedroht trotz ihrer innigen Nachbarschaft die Necrose der Schnecke den Facialis nur ausnahmsweise dauernd in seiner Function, während die Necrose des ganzen Labyrinthes regelmässig dauernde Paralyse des betr. Nerven im Gefolge hat. Im Allgemeinen ist man berechtigt, in jedem Falle von Facialisparalyse, die neben länger dauernder Mittelohreiterung besteht, wenigstens mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht eine einfache Oberflächeneiterung, sondern einen schweren destructiven Knochenprocess, meistens das Labyrinth betreffend, zu vermuthen.

Der Regenerationsfähigkeit des N. facialis widmet Verf. eine beachtenswerthe Auseinandersetzung, zu welcher hauptsächlich der letzte von ihm mitgetheilte Fall Veranlassung gab. Derselbe wies, wie oben bemerkt, eine vollständig intacte Facialisfunction auf, trotzdem dass der 6 Jahre zuvor eliminirte Sequester den Canalis Fallop. in seiner ganzen Länge einschliesst. Die betr. Patientin wird aber höchst wahrscheinlich eine Gesichtslähmung in einem frühen Alter gehabt haben, sie weiss allerdings jetzt keine Aufschlüsse darüber zu geben. Nicht also allein bei einfachen Durchtrennungen, wie es das Experiment lehrt, sondern auch bei grösseren Substanzverlusten des N. facialis kann man noch eine vollständige Restitution erwarten. Wie sich Verf. diese Regeneration denkt, möge man im Originale nachlesen. Eine ideale Adaptirung der Nervenstümpfe ist in einem *solchen* Falle natürlich undenkbar und es bleibt zur etwaigen Erklärung nur die Annahme übrig, dass die verschiedenen Centren der Hirnrinde allmählig ihre Rolle vertauscht haben, und die Willensimpulse nunmehr von anderen als ihren ursprünglichen Localitäten ihren Ausgang nehmen.

Die Chorda tympan. wird wohl noch häufiger als der Facialis von den Folgen der Labyrinthnecrose betroffen sein; da aber der Ausfall ihrer Function dem Patienten in der Regel selbst entgeht, so ist eine Prüfung nur ausnahmsweise vorgenommen. Die Betheiligung des N. petr. sup. resp. Schiefstand der Uvula nach der gesunden Seite findet sich nur selten, was sich anatomisch auch leicht erklären lässt.

Goldstein (Aachen).

---

346) **Ventra:** Contributo allo studio dell' ipnotismo come agente terapeutico nelle nevrosi. (Hypnotismus als Therapeuticum bei Nervenkranken.) (Riv. sperim. Vol. XII. fasc. III. p. 234 ff.)

V. betont die Unmöglichkeit, Geisteskranke in den hypnotischen Zustand zu versetzen, giebt dagegen in folgendem einen neuen Beitrag für die Wirksamkeit desselben zur günstigen Beeinflussung schwerer hysterischer Zustände.

Ein zartes erblich belastetes Mädchen von 17 Jahren erkrankte nach einem Fall auf den Hinterkopf ohne Störung des Bewusstseins an rechtsseitiger Parese mit anästhetischen Zonen. Nach vorübergehender Besserung verschlimmerte sich zwei Monate nach Beginn im Zusammenhang mit einem Krampfanfall die Lähmung wesentlich, ausserdem traten Parästhesien, Amblyopie, Hyperästhesie des Acusticus, Contracturen und choreatische Bewegungen, Lähmung der Blase und des Mastdarms, Amenorrhoe, Aenderung der Stimmung und Characterrichtung, Hallucinationen und Illusionen etc. auf. Durch leichten Druck auf die Bulbi wurde sie, ohne dass von der Absicht etwas vorher gesagt wurde, hypnotisirt und eine halbe Stunde im hypnotischen Schlaf erhalten. Sie folgte in demselben gegebenen Befehlen, versuchte sich zu erheben, was ihr aber wegen der Lähmung der rechten Seite nicht gelang. Nach dem Erwachen blieb sie längere Zeit stuporös, schlief eine Nacht und erwies sich dann bis auf ein Bestehenbleiben der Lähmung am rechten Bein gesund. Letztere hat sich auf electrische Behandlung ein wenig vermindert.

Leppmann (Breslau).

---

347) **William L. Parke** (Packesburg, Pa.): The physiological action of the valerianate of ammonium on the nervous system. (Die physiologische Wirkung des Ammonium valerianicum auf das Nervensystem.) (The Therap. Gazette 15. März 1887.)

Verf. kommt auf Grund zahlreicher Frosch-Experimente zu folgenden Schlüssen: Das (sauer reagirende) Ammon. valerian. ist 1., abgesehen davon, dass es unter Umständen Convulsionen hervorruft, ein universelles Nerven-Depressionsmittel. 2. Die Convulsionen sind spinalen Ursprungs. 3. In kleinen Dosen erregt es wahrscheinlich das Rückenmark. 4. In grossen Dosen wirkt es auf das Rückenmark deprimirend. 5. Oertlich angewandt wirkt es allgemein-deprimirend.

Voigt (Oeynhausen).

---

348) **J. Leonard Corning**: The medication of nerves and its application in the treatment of facial neuralgia and other poinful nervous affections. (Behandlung der Neuralgie.)

(The Medic. Record. 19. März 1887.)

Verf. stellte schon vor fast 2 Jahren den Satz auf, dass zur Verlängerung der Wirkungen eines local angewandten Anästheticum nur nöthig sei, das Mittel in dauerndem Contacte mit dem Nerven zu halten. Zur Erreichung dieses Zweckes bedient er sich der Compression der über der anästhesirten (cocainisirten) Stelle befindlichen Capillaren durch ein Stückchen feiner Drahtgaze, die vermittelst eines an einer elastischen Binde befestigten Holzstückes auf den unterliegenden Theil (Stirn, Gesicht, Oberschenkel etc.) fest gedrückt wird. Diese Gaze hat den Zweck, den Druck auf eine grosse Fläche zu vertheilen, ohne dass zugleich das auf electro-chemischem Wege eingeführte oder subcutan eingespritzte Anästheticum aus den betreffenden Geweben herausgepresst wird.

Verf. heilte mit diesem Verfahren verschiedene Formen von Neuralgie, namentlich im Gesicht. Beiläufig empfiehlt er zur Beseitigung der Neuralgien von tief sitzenden Nerven (Ischiadicus) so grosse Dosen Cocain einzuspritzen, als sie Pat. nur immer verträgt und dann jene Bandage auf die Einspritzungsstelle zu befestigen; auch gibt er an, dass er einige Male den Einfluss des Cocains verstärkt habe durch nachträgliche Einspritzung von Chloroform oder Aether in die anästhetische Zone. Voigt (Oeynhausen).

---

349) **Arndt** und **Dohm** (Greifswald): Der Verlauf der Psychosen. (**Mit 21 theilweise farbigen Curventafeln. Wien und Leipzig. Urban Schwarzenberg. 1887.**)

Vorliegende Arbeit bildet gewissermassen eine weitere Ausführung und Ergänzung zu Arndt's Lehrbuch der Psychiatrie, welches 1883 in demselben Verlage erschienen ist und über das wir damals in diesem Centralblatt referirt haben.

Bekanntlich hat Arndt seiner Auffassung von der Entstehung und dem Verlaufe der Geistesstörungen und ihrem Verhältniss zu einander das Erregungsgesetz der Nerven zu Grunde gelegt, dem zu Folge schwache Reize die Nerventhätigkeit anfachen, mittelstarke sie förderen, starke sie hemmen und stärkste sie aufheben. Es sind seiner Zeit von manchen Seiten Bedenken gegen die Berechtigung und Zweckmässigkeit einer derartigen Auffassung erhoben worden, denen sich Referent nicht anschliessen kann; denn die Einwendungen bezogen sich weniger auf den dieser Auffassung innewohnenden Grundgedanken selbst, als vielmehr auf das Ungewohnte und Neue, welches derselbe in die bisherige Anschauungsweise über die Geisteskrankheiten hineintrug, wodurch mit der Tradition gebrochen wurde. Statt der bisher üblichen Bearbeitung und Classification der Psychosen vom physiologischen klinischen, aetiologischen oder anatomischen Standpunkt — oder von mehreren derselben zugleich — wurde in Arndt's Lehrbuch der Versuch gemacht, dieselben vom physiologischen Standpunkte aus zu betrachten, indem er den Begriff „Geistesstörung" als eine Entität hinstellte, die sich, abgesehen von gewissen überall in Frage kommenden individuellen Momenten, nach den Grundformeln des obigen Gesetzes stets in bestimmten Erscheinungsweisen zu bethätigen pflege. Gegenüber dem Mangel eines einseitlich durchgeführten Systems in den anderweitigen bislang erschienenen Lehrbüchern der Psychiatrie müsste dies nach des Ref. Ansicht eher als ein Vorzug bezeichnet werden; denn nichts erschwert das Studium dieser Disciplin für den Anfänger mehr, als gerade der Mangel eines einheitlichen Principes und eines bestimmten Ausgangspunktes in der Betrachtungsweise, an welchem die anderen Lehrbücher leiden trotz aller ihrer sonstigen anerkennenswerthen Eigenschaften. Auf allen übrigen Gebieten der klinischen Medicin bildet die pathologische Anatomie die Unterlage, auf welche die einzelnen Krankheitsformen zurückgeführt werden können; in der Psychiatrie stehen wir erst im Anfange dieser Möglichkeit, und ob wir in dieser Beziehung jemals viel weiter kommen werden, ist

351) **G. Sepilli** (Imola): Ricerche sul sangue negli alienati. (Untersuchungen des Bluts bei Geisteskranken.)

(Riv. Sperimentale XII. 4.)

Seit einigen Jahren hat S. die Kranken der Anstalt Imola auf den Gehalt ihres Blutes an geformten Bestandtheilen einerseits, an Hämoglobin andererseits untersucht. Bei 58% der (200) untersuchten Fälle, und zwar häufiger bei Frauen als bei Männern, fand sich Hypoglobulie (Verminderung der Zahl rother Blutkörperchen). 50% der Melancholiker, 55% der Dementen und 89% der Pellagrösen zeigten dies Verhalten, während die anderen Formen der Psychosen ein geringeres Contingent stellten. Bei Pellagrösen fanden sich auch die extremsten Formen der Hypoglobulie. Der Hämoglobingehalt war in allen Fällen unter dem Mittel; die Männer hatten im Durchschnitt 90%, die Frauen 80% der physiologischen Quantität dieser Substanz, die Pellagrösen 72,5%. Maniakalische und Paralytiker zeigten meist Werthe, die dem normalen sehr nahe kamen; übrigens wurden alle Untersuchungen unmittelbar nach der Aufnahme des Kranken gemacht.

Ueber den Zusammenhang der Psychose mit den anämischen Erscheinungen spricht sich S. dahin aus, dass er nur in wenigen Fällen sich durch die Anamnese berechtigt glaubt, die Anaemie aus der Gehirnerkrankung durch Vermittelung von Abnahme des Nahrungsbedürfnisses, Dyspepsie etc. abzuleiten, während in andern Fällen, vor allem bei der Pellagra die Blutveränderung als Hauptursache der Psychose anzusehen ist. Kurella (Owinsk).

---

352) **A. De Giovanni** (Rom): Sopra singolare fenomeno allucinatorio. (Indirecte Suggestion einer Hallucination).

(Riv. Sperimental. XII. 4.)

Eine schwer hysterische Dame leidet von Zeit zu Zeit an — den mimischen Bewegungen ähnlichen — Krämpfen der Gesichts- und Halsmuskulatur. Beim Auftreten dieser Krämpfe sieht sie jedesmal „Gesichter, Figuren, die fortwährend ihren Ausdruck wechseln“ und dieselben Bewegungen zu machen scheinen, wie sie selbst im Krampf.

De G. ist nun nach längerer Beobachtung zu dem Resultat gekommen, dass es sich hier um eine indirecte automatische Suggestion in wachem Zustande handelt, die Krämpfe entstanden durch automatische Erregung im Facialiskern (oder wahrscheinlicher in den psychomotorischen Rindenterritorien); die Wahrnehmung dieser Erregung hat sich bei der Patientin (durch Betrachten des Gesichts im Spiegel während der Krämpfe) mit bestimmten Erinnerungsbildern im Sehcentrum associirt, und diese treten nun bei jedem neuen Krampfanfall in Hallucinationen transformirt, in das Blickfeld des Bewusstseins.

De G. knüpft hieran noch einige allgemeine Betrachtungen, aus denen nur noch hervorzuheben wäre, dass er als Analogon seiner Beobachtung, das häufig beim Denken auftretende automatische Sprechen (resp. Halb-Flüstern) heranzieht, das Stricker zuerst untersucht hat.

Kurella (Owinsk).

---

353) **Venturi**: Sull oderate nei pazzi. (Riechfähigkeit bei Geisteskranken.) (Riv. speriment. Vol. XII fasc. III p. 288 ff.)

V. untersuchte die Riechfähigkeit Geisteskranker in der Weise, dass er mehr oder minder scharf und characteristisch duftende Pflanzenbestandtheile (Knoblauch, Citrone, Kürbiss, Minze) den Kranken, ohne, dass sie zur Erkennung andre Sinne zu Hilfe nehmen konnten, näherte und die Entfernung feststellte, in welcher die erste Spur einer Geruchsempfindung eintrat. Er fand:

1. dass bei manchen Riechstoffen eine Geruchsempfindung bei „normaler Distanz" eintrat, während die Schätzung der Qualität derselben und damit das Erkennen der Pflanze erst bei völliger Annäherung an die Nase möglich war.

2. bei einem ruhigen und intelligenten Epileptiker einen Zustand, den er „Amnesia olfactoria" nennt. Der Kranke hatte zwar von der „normalen Distanz" ab bei allen Riechstoffen eine Geruchsempfindung, konnte aber die Qualität des Geruchs und damit die Art der riechenden Substanz überhaupt nicht erkennen. Sagte man ihm den Namen der Pflanze, welche den Geruch verbreitete, so erkannte er sofort den Duft als für dieselbe characteristisch an und hatte, falls sie wohlriechend war, das Gefühl des Wohlbehagens beim Beriechen derselben. Schon nach einer Viertelstunde aber wusste er, wenn das Experiment auch noch so oft wiederholt wurde, wieder nicht zu sagen, was er roch. Sah er den betreffenden Pflanzenbestandtheil, so erkannte er auch sogleich die für denselben characteristische Geruchsqualität. Verf. nimmt an, dass ähnliche Beobachtungen noch nie veröffentlicht sind und hält diesen Zustand für ein Analogen der Wortblindheit und Worttaubheit.

Leppmann (Breslau).

---

354) **Sepilli**: Le psicosi della pubertà. (Pubertäts-Psychosen.) (Riv. sperim. Vol. XII. fasc. III. p. 239.)

S. fand bei einer Untersuchung über Pubertäts-Psychosen nach Ausscheidung der angeborenen Formen (Imbecilität, Idiotie, Cretinismus und Epilepsie) unter 6000 in die Irrenanstalt von Immola aufgenommenen 400 also 6% im Alter von 12—22 Jahren stehende Kranke. In Bezug auf Aetiologie, Beginn und Verlauf der Erkrankungen kommt er im Wesentlichen zu keinen andern Resultaten als die bisherigen Beobachter.

Pellagröses Irrsein sah er selten in diesen Altersstufen. Bei allen klinische Formen scheint ihm die Neigung zur Degeneration hervorzutreten. Die *Hebephrenie* will er als besondere klinische Form nicht anerkennen; wenigstens hat er unter den 400 keinen Fall beobachtet, welcher sich mit dem Bilde derselben gedeckt hätte.

Leppmann (Breslau).

---

355) **Maiorfi**: Sulla quaribilità della frenosi puerperale. (Puerperal-Psychosen.) (Riv. sperim. Vol. XII. fasc. III. p. 232.)

M. wendet sich gegen die gang und gebe Meinung, dass die Puerperalpsychosen eine besonders günstige Prognose hätten. Während

nach Esquirol der Procentsatz der Genesenen 60, nach Tuke 77, Bayd sogar 82 beträgt, fand er unter den 32 in den Jahren 1876—85 in die Irrenanstalt zu Siena aufgenommenen Puerperalpsychotischen (Gesammtaufnahme 1336) 15, also nur 46% Genesene. Auffallend hoch erscheint ihm ferner unter den nicht Genesenen die Zahl der dauernder Anstaltspflege bedürftigen, sekundär völlig Verblödeten (10).

Auch die Ansicht, dass die Lactationspsychosen eine günstigere Prognose geben als die Wochenbette- und Schwangerschaftspsychosen weist er auf Grund seiner Statistik zurück.

Leppmann (Breslau).

---

356) **Hack Tuke:** The alleged increase of insanity. (Die behauptete Zunahme der Geisteskrankheit.) (The journ. of ment sc. October 1886.)

Beim Vergleich des ersten Jahres, auf das die statistischen Ermittelungen der lunacy commissioners zurückgreifen, 1859, mit dem letzten 1885, ergibt sich, dass die Totalsumme der Geisteskranken und Idioten in England und Wales sich zu der des Jahres 1859 verhielt wie 218:100 oder wenn die Zunahme der Bevölkerung in Anrechnung gebracht wird, wie 154:100. Beim Vergleich des Zeitraums 1881/1885 mit 1861/65 beträgt die Zunahme 37,5 auf hundert, dagegen beträgt die Zunnahme gegen 1871/75 nur 11,06%. Diese Steigerung beruht indessen wesentlich wenn nicht überhaupt auf Anhäufung in den Anstalten und verminderter Höhe der Todesfälle, denn nicht nur ist die Zahl der Verpflegungstage für den einzelnen Kranken gegen früher erhöht, sondern noch mehr ins Gewicht fällt, dass bei Neueröffnung einer Anstalt eine Reihe von Kranken zur Aufnahme gelangt, die vordem anderswo untergebracht waren. Die bisherigen Zahlen beziehen sich auf Irre, die sich in Asylen und Arbeitshäusern befinden, bei Anstaltsinsassen allein beträgt die Zunahme 1885 gegen 1859 147% resp. mit Berücksichtigung der Bevölkerungszunahme 76% für die Lustra 1881—85 und 1861—65 50%, 1881—85 und 1871—75 19,30%.

Der Zuwachs der Aufnahmen (hierbei ist stets die Bevölkerungszunahme in Anrechnung gebracht) weist für 1881—85 gegen 1861—65 28,5%, gegen 1871—75 5,86% auf. Werden von den Aufnahmen die Transferirungen abgezogen, die erst seit 1869 mit aufgeführt sind, so stellt sich die Zunahme etwas höher 6,23% statt 5,86%, dagegen auf 5,38%, wenn ausser Transferirungen auch widerholte Aufnahmen ausgeschaltet werden. Nimmt man nur Fälle von erstmaliger Erkrankung (mit Ausschluss von Transferirungen und Idioten) so zeigen die Zahlen der 8 Jahre die zu dieser Erhebung allein zu Gebote stehen, geringe Schwankungen, ohne eine Abnahme. Damit ergibt sich, dass wenigstens seit 1878 das Auftreten der Geisteskrankheit nicht häufiger geworden ist, dass demungeachtet Geisteskrankheiten in Folge bestimmter Ursachen theils zugenommen, theils abgenommen haben, soll nicht bestritten werden, möglich, dass auch gewisse Formen von geistiger

Störung, die nicht den Anstalten überwiesen werden, zahlreicher geworden sind, für beides fehlt bisher der Nachweis.

Matusch (Sachsenberg).

357) **Tamburini:** Sulla catatonia. (Katatonie.)

(Riv. Sperim. vol. XII fasc. III. p. 230.)

T. beschreibt 3 Fälle, welche das von Kahlbaum gezeichnete Krankheitsbild bieten u. 2 Fälle von Melanchol. attonit. mit katatonischen Erscheinungen.

Er hält es nicht für richtig die Katatonie als eigne klinische Form abzugrenzen, sie sei nur eine Varietät der Vesania typica von Guislain und Zeller oder man könnte sie auch dem cirkulären Irrsein zurechnen.

Die katatonischen Erscheinungen beruhten auf einem Krampfzustand der motorischen Centren. Dieser finde seinen Ausdruck in einer gesteigerten Thätigkeit der in ihnen enthaltenen Hemmungscentren.

Leppman (Breslau).

358) **Algeri:** Gli eredi del delitto, della pazzia dell' acoolismo. (Die Vererbung bei verbrecherischen und alkoholistischen Geisteskranken.)

(Riv. Sperim. Vol. XII f. III p. 243.)

Von 26 minderjährigen Pfleglingen der früheren Irrenbewahranstalt „Ambrogiana“ (zu Montelupo, jetzt Criminalirrenanstalt) waren 21 also 80, 77% Nachkommen von geisteskranken, verbrecherischen oder (letzterer kam am meisten in Betracht) dem Trunke ergebenen Eltern und zeigten in den meisten Fällen seelische Eigenarten von Geburt an, so wie merkliche Abweichungen der körperlichen Bildung und Entwickelung. Abgesehen von der erblichen Belastung ergab sich als wesentliches Moment zur Entwicklung der geistigen Störungen das Zusammenleben mit den unmoralischen oder geistesverkehrten Eltern.

Leppmann (Breslau).

359) **Lombroso:** Pazzia morale ed epilessia. (Moralisches und epileptisches Irresein.) (Riv. Sperim. Vol. XII. fasc. 3. p. 228.)

L. welcher in seinen früheren Arbeiten die völlige Uebereinstimmung des moralischen Irrseins mit der seelischen Artung des „geborenen Verbrechers“ bewiesen zu haben glaubt, behauptet, dass das Seelenleben der Epileptiker die grösste Aehnlichkeit mit jenen beiden Formen abnormen Geisteszustandes zeige und zwar erachtet er 1) folgende Degenerationszeichen dem Epileptiker und dem geborenen Verbrecher gemeinsam: Plagiocephalie, Ungleichheit der Gesichtshälften und Pupillen, Grösse des Kopfes, vorzeitige Geschlechtsentwickelung, Farbenblindheit, Ueberwiegen der linken Körperhälfte über die rechte, Neigung zum Missbrauch geistiger Getränke und Bosheit als Grundzug des Characters.

2) Kommt in Betracht, dass die nicht angeborenen Zustände epileptischer, verbrecherischer und moralisch idiotischer Artung aus gleichen Ursachen vor Allem durch bestimmte Traumen entstehen.

3) Zeigt ihre geographische Verbreitung dasselbe gegenseitige Verhältniss im ganzen Königreiche Italien mit Ausnahme der Provinzen Sondrio und Belumo, wo der endemische Cretinismus einen Einfluss ausübt. Nur ein Unterschied ist zwischen dem angeborenen Verbrecher und dem Epileptiker. Der erstere hat eine niedrige fliehende Stirn, der letztere in der Regel nicht. Leppmann (Breslau).

---

360) **Pisaneschi:** Sulla percussione del cranio negli epilettici e nei sani. (Schädelpercussion bei Epileptikern und Gesunden.)

(Rivist. Sperim. di freniat. Vol. XII. fasc. III. p. 239.)

Unter 40 Epileptischen der Irrenanstalt zu Siena fanden sich bei 39 auf Percussion des Schädels schmerzhafte Stellen entsprechend dem Stirnhirn und der Projection der Centralfurche. Der 40., welcher eine Ausnahme machte, zeigte in der Anstalt weder Intelligenzstörungen noch Krampfanfälle. Unter 40 Gesunden hatten nur 11 dieselben Symptome; von diesen 11 aber litten 10 an Kopfschmerz und Migräne und der 11. hatte an der schmerzhaften Stelle als Kind ein starkes Trauma erlitten.

Der Verf. zieht daraus folgende Schlüsse:

1. Die Schmerzpunkte in der Gegend der Centralfurche deuten auf eine für die Epilepsie characteristische Veränderung der entsprechenden Hirnpartien hin.

2. Die Stirnschmerzpunkte sind der Ausdruck einer Entartung einzelner Zellen oder von Zellprovinzen in den Stirnlappen. Diese Zellen haben Beziehungen zu den Verstandesfunctionen.

Leppmann (Breslau).

---

361) **Raggi e Bergonzoli:** Alcuni casi di pazzia guariti modo rapido. (Plötzliche Heilung psychischer Störung.)

(Riv. Sperim. Vol. XII. fasc. III. p. 234.)

Die Vortr. berichten über 7 Fälle von plötzlicher Heilung seelischer Störungen. Zwei davon erfolgten nach Gemüthsbewegungen, zwei nach ärztlichen Eingriffen (Aderlass und Bad), 3 aus unbekannten Gründen. Bemerkenswerth war bei einer die lange Krankheitsdauer (4, 5 und 7 Jahre). Es handelte sich in erster Reihe um Melancholien, in zweiter um Manien, also nach Ansicht der Vortragenden um vasomotorische resp. rein „dynamische" Störungen in den nervösen Centren. Leppmann (Breslau).

IV. Aus den Vereinen.

I. Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin.

Sitzung vom 11. November 1886.

362) **Oppenheim:** *Ein Fall von multipler Neuritis im Stadium der Reconvalescenz.*

(Schluss.)

2. *Eine seltene Motilitätsneurose* (Chorea hereditaria?).

Es repräsentirt dieser Fall eine eigenartige Erkrankung, die bisher noch nicht häufig Gegenstand ärztlicher Besprechung gewesen ist, er

erinnert in manchen Beziehungen an die von Huntington, Ewald, Peretti beschriebenen Krankheitszustände, unterscheidet sich aber in anderen Punkten von diesen und nähert sich durch dieselben mehr der von Guinon und Gilles de la Tourette eingehender geschilderten Krankheitsform, welche von ihnen als Maladie des tics convulsifs etc. bezeichnet wird. — Es handelt sich um einen 36 jährigen Architekten. Die ersten Krankheitssymptome sind in seinem 12. Lebensjahr hervorgetreten, waren aber damals und bis in die letzten Jahre nur so schwach ausgeprägt, dass er sich für seinen Beruf ausbilden und arbeiten konnte. — Die gegenwärtig hervortretenden krankhaften Erscheinungen betreffen an erster Stelle und fast ausschliesslich die motorische Sphäre. Es sind unwillkürlich auftretende Muskelbewegungen, die sich einerseits als Zuckungen einzelner Muskeln, besonders der vom Facialis innervirten darstellen, andererseits, und dies vorwiegend, den Charakter complicirter und im gewissen Sinne coordinirter Bewegungen haben, die man als Gruss-, Spring-, Spreiz-Hüpfbewegungen etc. bezeichnen kann; vor Allem ist aber der mimische und Articulationsapparat ergriffen: der Kranke ist gezwungen zu lachen, zu schnalzen, mancherlei Laute und Worte hervorzustossen.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist nun die totale Abhängigkeit dieser Erscheinungen von dem Einfluss psychischer Erregung derart, dass sie vollkommen schwinden, wenn der Kranke allein ist, sich unbeobachtet glaubt und besonders dann, wenn er einer Beschäftigung, z. B. dem Essen, Lesen, Schreiben und dergl. ganz hingegeben ist: Sobald er die Feder angesetzt hat, sitzt er ruhig und unterscheidet sich während des Schreibens, solange seine Aufmerksamkeit gefesselt ist, nicht von Gesunden —; dass aber all' die geschilderten Anomalien sofort in die Erscheinung treten, sobald er in Verkehr mit der mit der Aussenwelt tritt, also namentlich bei der Unterhaltung und zwar in einer, wie man wohl sagen kann, mit der Höhe des Affects wachsenden Stärke. Jetzt wird der bis da ruhige Mann ungeheuer beweglich, steht keinen Moment still, verneigt sich, lacht, pfaucht, hustet, macht Kratzfüsse, schlägt in die Hände oder legt seine Hand, wie durch einen unwiderstehlichen Trieb gezwungen auf die Schulter der Person, die mit ihm spricht, um sie sogleich wieder zurückzuziehen, stösst irgend eine Phrase hervor, die er dann nochmals wiederholt etc. etc. und es steht nun ganz in der Macht des Anderen, den Bewegungsdrang immer mehr zu steigern durch den Inhalt des Gesprächs. Jede Vorstellung wird nun gleichsam in Bewegung umgesetzt, jedes Wortbild setzt den Articulationsapparat in Bewegung und so bringt der sonst gebildete Patient Aeusserungen vor, die zwar niemals obscön sind, die jedoch ein anderer aus gesellschaftlicher Rücksicht zurückhalten würde, sodass er sich nachträglich entschuldigt (z. B. zum Arzt bei seinem Eintritt ins Krankenzimmer: „Ei ei da sind sie ja wieder, wie geht es Ihnen denn eigentlich“ etc., klopft den Arzt dabei auf die Schulter —, entschuldigt sich nachher).

Eine andere Erscheinung, die aber nur im geringen Grade ausgeprägt ist, ist die Echokinesis und die Echolalie. Der Kranke hat

die Neigung, Bewegungen die er sieht, nachzuahmen und Laute die er hört, zu immitiren, er ist aber im Stande, diesen Drang, wenn er nicht unerwartet auf ihn einwirkt, zu unterdrücken. Nur wenn man ihn überrascht und etwa ein lautes, Ei, ei! oder Ha ha! ausspricht, wiederholt er diese Worte sofort; wenn man vor ihm in die Hände klatscht, führt er ebenfalls diese Bewegung aus oder aber man sieht ihn die Hände krampfhaft fixiren, um diesen Bewegungszwang zu bekämpfen.

Koprolalie fehlt durchaus. — Eine gröbere psychische Störung besteht nicht, der Kranke hat gute Einsicht, gute Kenntnisse, combinirt richtig etc. Daneben machen sich aber gewisse psychische Eigenthümlichkeiten geltend, die schwierig zu deuten und zu classifisiren sind. Er hat die Neigung, Papierfetzen, abgerissene Zeitungsblätter, Cigarrenenveloppes und dergl. zu sammeln und sorgfältig aufzubewahren; er legt einen Theil von den Speisen, die er erhält, zurück, und hat so einen Beutel mit Nahrungsmitteln gefüllt, die zum Theil schon verdorben sind, er hält mitten in der Nacht eine Mahlzeit, er sitzt stundenlang auf dem Closet, steht auffallend lange vor dem Spiegel und kämmt sich während der Zeit unausgesetzt (Kinemimesis?) etc. Stellt man ihn wegen dieses wunderlichen Verhaltens zur Rede, so giebt er eine ausweichende Antwort. Von besonderem Interesse ist es nun, dass eine *ausgesprochene Heredität* besteht; wie die genealogische Tafel (Demonstration) lehrt, hat die Grossmutter mütterlicherseits an derselben Krankheit gelitten und dieselbe auf vier ihrer Töchter vererbt, von denen eine die Mutter des Patienten; eine der von der Krankheit betroffenen Tanten hat zwei Töchter, die von demselben Leiden ergriffen sind (die Cousinen des Patienten); endlich hat er einen Bruder, der an schwerer Epilepsie leidet.

Wenn der Fall somit gerade durch diese prägnante Heredität sich den Beobachtungen von Chorea hereditaria anreiht, unterscheidet er sich doch wesentlich von denselben durch den frühzeitigen Beginn des Leidens (im 12. Lebensjahre) und den geschilderten Charakter der Bewegungsstörung.

(Nachtrag: Ein von dem Vortragenden früher der Gesellschaft demonstrirter und als „eigenthümliche Form von angeborener oder früh erworbener Coordinationsstörung“ beschriebener Fall — Berl. kl. Wochenschrift 1885, Nro. 22 — ist von Peretti ganz mit Unrecht als Chorea hereditaria aufgefasst worden.)

3. ***Ein Fall von Tabes dorsalis, in welchem neben gastrischen Anfällen und Larynxkrisen krampfhafte Schlingbewegungen (Pharynxkrisen) bestehen.***

Die 38 jährige Patientin leidet an vorgeschrittener Tabes dorsalis: Starke Ataxie, Westphal'sches Zeichen, Harnbeschwerden, Anomalien der Sensibilität, Augenmuskellähmung, Pupillenstarre und Myosis etc. etc. Sie wird seit mehreren Jahren von heftigen Brechanfällen zeitweise auch von Rectalkrisen gequält; sie leidet an kramphaften Hustenanfällen und Stimmbandlähmung. *Daneben besteht nun eine eigenartige und soweit dem Vortragenden bekannt ist, bisher nicht beschriebene Störung:* von

Zeit zu Zeit stellen sich Schlingkrämpfe ein, eine Schluckbewegung folgt schnell der anderen (ca. 24 in der Minute) dabei hört man glucksende Töne und Stridorgeräusche — ein solcher Anfall hat eine Dauer von 10 Minuten, besteht aber auch wohl länger, wenn auch dann in abnehmender Intensität. Diese Anfälle entwickeln sich spontan oder werden durch Verschlucken eingeleitet, können aber, und das ist besonders frappant, durch Druck auf die Gegend zur Seite des Kehlkopfes — es findet sich hier ein schmerzhafter Druckpunkt — jederzeit ausgelöst werden, wie der Vortragende demonstrirt. Ueber den Modus dieser Einwirkung lässt sich nichts Bestimmtes aussagen. Es soll aber daran erinnert werden, dass bereits Beobachtungen vorliegen, nach denen auch Larynxkrisen durch Druck und ähnliche Reize hervorgerufen wurden.

II. The Practitioners Society of New-York.

Sitzung vom 4. März 1887. (The Medic. Record. 26. März 1887.)

568) **George L. Peabody**: *Cystic sarcoma of the cerebellum, with secondary hydrocephalus.*

Der Fall betrifft einen 14 jährigen Knaben, der etwa 8 Monate vor seinem Tode heftige Kopfschmerzen und Erbrechen bekam (wie er dies 2 Jahre früher auch schon längere Zeit gehabt hatte), lichtscheu wurde, dann innerhalb 2 Monaten total erblindete; einige Monate später gesellten sich zeitweise auftretender unfreiwilliger Urinabgang, Verstopfung, Brechneigung, Mydriasis, später Myosis mit Pupillenstarre, zu Zeiten kommende Convulsionen sämmtlicher Extremitäten, allgemeine Hyperästhesie der Haut, Rigidität und Contracturen der Muskeln, Stupidität, in den letzten Lebenstagen starke Temperatursteigerung hinzu. Bei der Section zeigt sich die ganze rechte Kleinhirn-Hemisphäre in eine eiförmige, mit dem schmalen Ende gegen den 4. Ventrikel gerichtete, auf dessen Dach und rechte Seitenwand drückende Cyste verwandelt, deren ca. 1 Centimeter dicke Wandung aus einem blutgefässarmen fibrösen Strom mit darin eingebetteten schmalen Rund- und Spindelzellen besteht. Sämmtliche Ventrikel sind durch serösen Erguss dilatirt. Verf. macht darauf aufmerksam, dass letztere Erscheinung möglicherweise durch den Druck der Cyste auf den 4. Ventrikel entstanden sein könne, doch seien die Anatomen über die Beziehungen zwischen Hirnhöhlen und Hirnoberfläche noch so wenig einig, dass er in vorliegendem Falle positive Schlüsse sich nicht zu ziehen getraue.

Voigt (Oeynhausen).

V. Tagesgeschichte.

Die diesjährige Versammlung des Vereins südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte findet am 11. und 12. Juni in Strassburg i. Els. statt.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 26).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 15. Juni 1887. | Nro. 12.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber Gehörsstörungen in Fällen leichter peripherer Facialislähmung Von Dr. **Ottomar Rosenbach**, Privatdocent an der Universität Breslau.

II. Original-Vereinsberichte. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. **Jendrassik**: Suggestionsversuche während der Hypnose. **Moravcsik**: Einige bei Hysterischen wahrgenommene Symptome.

III. Referate und Kritiken. **Richter**: Die Veränderung der Beschaffenheit und Function des Hirns durch psychischen Einfluss. **Ott**: Das Wärmecentrum im Gehirn. **Walshe**: Die Begabung für practische Beherrschung von Sprachen, ihre Grundlage in der Hirnlocalisation und das Wesen des Genies. **Borgherini**: Experimentelle Untersuchungen über die Leitungsbahnen im Rückenmark. **Pontoppidan**: 14 Fälle von Hirntumoren. **Birdsall**: Progressive Lähmung der äusseren Augenmuskeln oder Ophthalmoplegia externa. **Mittendorf**: Associirte externe Ophthalmoplegie oder uncomplicirte Paralyse der äusseren Muskeln beider Augen. **Meigs** und **de Schweinitz**: Bericht über einen Fall von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis mit ausgedehnter Erkrankung der Gefässe und Bericht über die Autopsie nebst mikroskopischem Befund. **Senator**: Ein Fall von Myxoedem. **Baur**: Ein Fall von multipler degenerativer Neuritis mit besonderer Berücksichtigung des elektrischen Verhaltens. **Taylor**: Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit. **Jakoby**: Thomsen'sche Krankheit. **Drummond**: Klin. Vorlesung über einige Symptome der Basedow'schen Krankheit. **Wherry**: Notiz über das Stellway'sche Symptom. **Kétli**: Klinische Studien über die Erkrankungen des Gesichtsnerven. **Althaus**: Ueber Paraplegie in Folge von Pott'scher Krankheit. **Putnam**: Klinische Bemerkungen über chronische Bleivergiftung. **Brouardel**: Hysterie; Epilepsie. **Devereux**: Coupirung epileptischer Anfälle. **Mesnet**: Der spontan entstandene und künstlich hervorgerufene Somnambulismus in gerichtlich - medicinischer Hinsicht. **Sée**: Das Antipyrin als schmerzlinderndes Mittel. **Eulenburg**: Hydroelectrische Bäder. Electrische Wasserbäder. **Mc Naught**: Ulnar Neuralgia. **Alderson**: Ungleichheit der Pupillen bei verschiedenen Krankheiten. **Schubert** und **Sudhoff**: Paracelsus-Forschungen. Inwiefern ist unser Wissen über Theophrastus von Hohenheim durch Friedrich Moos und seinen Kritiker Heinrich Rohlfs gefördert worden? **Mierzejewski**: Ueber die Ursachen der Entwicklung der Geistes- und Nervenkrankheiten in Russland und Mittel zur Abhilfe. **Mercklin**: Cerebrale Kinderlähmung und Psychosen. **Sutherland**: Fall von Manie, allgemeine Paralyse vortäuschend. **Stewart**: Beobachtungen über das Rückenmark Geisteskranker, Inaug.-Diss. **v. Krafft-Ebing**: Melancholie. Selbstbeschuldigungen. Fraglicher Werth derselben. **v. Krafft-Ebing**: Versuchter Giftmord. Paranoia persecutoria.

IV. Aus den Vereinen. I. Societé medico-pratique zu Paris. II. Societé medicale des hopitaux zu Paris. III. Académie de sciences zu Paris. IV. Societé de médecine zu Paris. V. Academie de médecine zu Paris. VI. Academy of Medicine zu New-York.

I. Originalien.

Ueber Gehörsstörungen in Fällen leichter peripherer Facialislähmung.

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH,
Privatdocent an der Universität Breslau.

Das Zusammtreffen von Lähmungen im Gebiete des Nervus facialis mit Functionsstörungen am Gehörorgan ist ein so häufiges Vor-

kommniss, dass wir uns kaum für berechtigt halten würden, Fälle, in denen eine Facialisparalyse mit Schwerhörigkeit combinirt ist, an dieser Stelle mitzutheilen, wenn nicht die Art des Causalzusammenhanges, der Verlauf und die äussere Erscheinungsform der Gehörsstörung in unseren Beobachtungen einige bemerkenswerthe Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde darböten. Da man im Allgemeinen bei einer anscheinend uncomplicirten rheumatischen Facialislähmung leichteren Grades zu einer genaueren Untersuchung des Gehörganges nur dann Veranlassung hat, wenn manifeste subjective und objective Symptome eine Läsion des acustischen Apparates vermuthen lassen, da leichtere Störungen dem Patienten, dessen Aufmerksamkeit durch die mit so vielen unangenehmen Consequenzen verknüpfte Gesichtslähmung genügend in Anspruch genommen wird, völlig entgehen, da wir endlich selbst nur durch einen günstigen Zufall und nicht durch eine absichtlich vorgenommene, systematische Hörprüfung in dem ersten unserer Fälle auf das Vorhandensein einer Anomalie des Gehörapparates aufmerksam gemacht wurden, die wir, nachdem einmal unsere Aufmerksamkeit auf diese Complication hingelenkt war, auch in den beiden nächsten Fällen unserer Beobachtungen zu constatiren Gelegenheit hatten, — so liegt der Gedanke nahe, dass es sich bei dieser Coincidenz nicht um ein zufälliges Zusammentreffen, sondern um eine häufiger vorkommende Erscheinung handelt, die man nur deshalb so selten findet, weil man bei Abwesenheit aller auf eine Mitbetheiligung des Gehörorgans deutenden Zeichen keinen genügenden Grund hat, eine Untersuchung der Perceptionsfähigkeit für Gehörseindrücke vorzunehmen. Der Zweck dieser Zeilen ist also, zu einer solchen Prüfung aufzufordern, zu der sich ja bei dem reichlichen Material von frischen Facialislähmungen peripheren Ursprungs, welche die Praxis bietet, genügende Gelegenheit finden dürfte; es wird sich ja dann bald herausstellen, ob unsere Vermuthung, dass frische rheumatische Facialislähmungen von einer beträchtlichen, aber bald verschwindenden Verminderung der Hörfähigkeit häufiger begleitet sind, als man anzunehmen pflegt, richtig ist oder ob bei unseren Beobachtungen nur der Zufall, — wie dies ja leider so oft der Fall ist, — seine Rolle spielt. (Gesetz von der Duplicität und Triplicität der Fälle.)

Die drei Fälle unserer Beobachtung bieten in ihren wesentlichsten Zügen skizzirt folgendes Bild:

Fall I. Der 42 jährige, bis dahin völlig gesunde Arbeiter B. erwachte eines Morgens mit einer totalen Lähmung der rechten Gesichtshälfte, nachdem er 2 Tage hindurch, angeblich in Folge einer starken Erkältung, einen ziehenden Schmerz im Halse und Nacken, der bis in die Zähne der rechten Seite ausstrahlte, empfunden hatte. Bei dem mir 5 Tage nach Eintritt der Paralyse zur Untersuchung überwiesenen Patienten lässt sich folgender status praesens erheben: Die Falten der rechten Gesichtshälfte sind verstrichen, die Lidspalte derselben Seite steht weiter offen als die der anderen; es besteht starkes Thränenträufeln und leichte Injektion der conjunctiva bulbi; das rechte Nasenloch ist enger, der Mundwinkel hängt schlaff herab, bis-

weilen wird er von Speichel überströmt. Die Zunge scheint nach links abzuweichen, d. h. der Abstand ihrer Spitze vom linken Mundwinkel ist kleiner als der vom rechten; eine deutliche Deviation des Zäpfchens und weichen Gaumens ist nicht zu constatiren. Alle mimischen Gesichtsbewegungen und Reflexe im Bereiche der rechten Gesichtshälfte sind total aufgehoben. Eine Geschmacksalteration scheint nach genauester Prüfung nicht vorzuliegen. Die elektrische Erregbarkeit ist auf beiden Seiten völlig gleich und normal. Bei Druck auf den Kieferwinkel besteht eine nicht unbeträchtliche Schmerzhaftigkeit; doch ist Schwellung oder Röthung der Theile nicht nachweisbar. Die subjectiven Beschwerden bestehen nur in Klagen über ein Gefühl von Steifigkeit im Bereiche der rechten Gesichtshälfte, über Drücken im Auge und eine schmerzhafte Sensation am rechten Unterkiefer; über Ohrensausen oder andere Formen von Gehörsstörung wird nicht geklagt; daher wird eine Funktionsstörung des Gehörorgans nicht angenommen. Als am nächsten Tage bei genauerer Aufnahme der Anamnese des Patienten der im Zimmer auf- und abgehende Untersucher findet, dass Patient bei einer Entfernung von circa 5 Schritten mehrere mit gedämpfter Stimme an ihn gerichtete Fragen nur dann nicht genau versteht, wenn er dem Befragenden zufälligerweise gerade die rechte Kopfhälfte zuwendet, wird eine Untersuchung der Hörfähigkeit vorgenommen, bei der sich constatiren lässt, dass Patient das Ticken einer Taschenuhr links auf circa 1 Meter, rechts nur auf etwa 40 Ctm. vernimmt, wobei er aber das Tick-tack gut zu differenziren vermag. Die Flüsterstimme hört er mit dem linken Ohre durch das ganze Zimmer hindurch vollkommen deutlich, rechts dagegen kaum auf eine Entfernung von 4 Schritten; vorgepfiffene und vorgesungene Töne werden ebenfalls differenzirt; hohe Töne werden nicht unangenehmer empfunden als tiefe. Die Untersuchung mit dem Ohrenspiegel ergiebt beiderseits leichte Trübung des Trommelfells; rechts erscheint die Verfärbung ein wenig stärker als links. Einblasen von Luft in die Nase vermittelst des Politzer'schen Verfahrens hat keine Verbesserung der Hörfähigkeit zur Folge. Es wird mit Rücksicht auf das Ergebniss der Spiegeluntersuchung angenommen, dass die Schwerhörigkeit des Patienten auf dem rechten Ohre älteren Datums sei und eine Behandlung der Facialislähmung mit schwachen faradischen Strömen eingeleitet. Nach circa 8 Tagen vermag Patient das Auge fast vollkommen zu schliessen; auch ist die Beweglichkeit im ganzen Bereiche des facialis bis auf die von den Lippenästen versorgten Muskeln eine fast normale; auch die Reflexe sind bei stärkeren Reizen deutlich auszulösen. Die nun wieder vorgenommene Gehörsprüfung ergiebt das mit unserer Annahme einer schon vorher vorhandenen Ohraffection contrastirende Resultat, dass die Differenzen der Leitung auf beiden Seiten jetzt verhältnissmässig geringe sind, und nach circa 14 Tagen (also nach 20 tägigem Bestehen der Erkrankung) nachdem die Lähmung des facialis sich fast vollkommen, bis auf eine geringe Schlaffheit der Muskeln, ausgeglichen hatte, sind die Perceptionsverhältnisse des rechten und linken Ohres die nämlichen, ja es besteht vielleicht sogar eine Differenz zu Gunsten

des rechten. Es bleibt deshalb nur übrig, anzunehmen, dass die Trübung des Trommelfells mit der bestehenden Schwerhörigkeit nichts zu thun hatte und dass die letztere nur mit der Facialislähmung in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden muss; denn wenn wir den Beginn der Verringerung der Hörfähigkeit auch nicht sicher datiren können, so deutet doch das mit der Heilung der Facialislähmung ziemlich gleichzeitige Verschwinden der Affektion des Gehörorgans auf eine nahe Beziehung beider Störungen hin.

Fall II. Der 58 jährige Kaufmann N., ein corpulenter, bis auf zahlreiche Anfälle von Nierensteinkolik gesunder Mann, erwacht mit einer completen linksseitigen Facialislähmung, für die sich ein ätiologisches Moment nicht auffinden lässt. Der status praesens ergiebt am 2. Tage der Lähmung das typische Bild der Gesichtsparalyse, nur mit der Abweichung von dem gewöhnlichen Verhalten, dass durch eine starke Action der rechten (gesunden) Gesichtsmuskeln das Gesicht nach der gesunden Seite hin verzogen erscheint. Alle mimischen Bewegungen sowie die Reflexe sind erloschen; die Zunge scheint wegen der eben erwähnten Verziehung der Oberlippe nach rechts — nach der kranken Seite hin — abzuweichen und das Zäpfchen zeigt eine Deviation nach links. Speichelfluss und Thränenträufeln ist nicht vorhanden, ebensowenig eine stärkere Geschmacksalteration; die Sprache ist ziemlich undeutlich; die linke Wange wird beim Exspiriren stark aufgebläht. Die elektrische Erregbarkeit zeigt keine Abweichungen von der Norm; sie ist auf beiden Seiten gleich. Subjektive Beschwerden sind abgesehen von einer unangenehmen ziehenden Empfindung in der linken Gesichtshälfte nicht vorhanden; ebensowenig zeigen sich schmerzhafte Punkte bei Druck. Die mit Rücksicht auf den vorher beschriebenen Fall vorgenommene Untersuchung des Gehörorgans ergiebt beiderseits leicht weisslich getrübte Trommelfelle. Die Funktionsprüfung zeigt, dass auf dem linken Ohre eine nicht unbeträchtliche Herabsetzung der Hörschärfe besteht, indem der Schlag der Taschenuhr der mit dem rechten Ohr auf 90—95 Centimeter percipirt wird, links nur etwa in 50 Centimeter Entfernung wahrgenommen wird, und die Flüsterstimme, die vermittelst des rechten Ohres auf reichlich 10 Schritte vollkommen deutlich erscheint, links kaum auf 4 Schritte hörbar ist. Eine abnorme Feinhörigkeit oder Hyperästhesie gegen bestimmte Tonhöhen ist nicht zu eruiren; doch ist eine genaue Untersuchung des Patienten in dieser Richtung ebenso wie eine genaue Geschmacksprüfung wegen einer gewissen Ungeduld des Kranken nicht möglich. Unter täglicher faradischer Behandlung geht die Gesichtslähmung innerhalb von 14 Tagen beträchtlich zurück; Patient vermag nach dieser Zeit bereits das Auge, wenn auch ohne Runzelung, bis auf einen kleinen Spalt zu schliessen. Die Verlagerung des Mundwinkels nach rechts, ebenso die Sprach-(Articulations-) Störung ist verschwunden. Die Störung des Gehörs hat sich in demselben Zeitraum fast ganz zurückgebildet; denn Patient hört innerhalb des Zimmers Flüsterstimmen mit beiden Ohren gleich stark, — allerdings unter Zuhilfenahme grösserer Aufmerksamkeit bei Prüfung des erkrankten Ohres, — und vermag das Ticken der

Uhr beiderseits auf 90—95 Centimeter genau zu unterscheiden. Nach einem ferneren Zeitraum von 2½ Wochen ist eine Funktionsstörung der mimischen Verrichtungen nicht mehr vorhanden; doch sind die Falten der erkrankten Gesichtshälfte immer noch nicht ganz scharf ausgeprägt, auch erfolgt der Lidschluss des linken Auges auf Reize der cornea nicht ganz so prompt wie auf der anderen Seite. Auf Seiten des Gehörorgans lassen sich keine Differenzen der beiderseitigen Leistungsfähigkeit eruiren; ab und zu soll nach Angabe des Patienten leichtes Klingen im linken Ohre bestehen, für dessen Ursache und Entstehung die Untersuchung keinen Anhaltspunkt giebt.

Fall III. Der 22jährige, etwas anämisch aussehende Kaufmann M., der sich in seiner Thätigkeit oft dem Zuge aussetzen muss, empfand, nachdem er schon einige Tage vorher ein schmerzhaftes Ziehen in der linken Gesichtshälfte, in den Zähnen und hinter dem linken Ohre verspürt hatte, frühmorgens während seiner Thätigkeit eine plötzliche Steifheit in der linken Wange und bemerkte dass er das Auge nicht mehr schliessen konnte. Zugleich machte ihn eine im Zimmer anwesende Person darauf aufmerksam, dass mit seiner linken Gesichtshälfte eine Veränderung vorgegangen sei. Die am nächsten Tage vorgenommene Untersuchung ergab einen typischen, äusserlich in nichts von dem schematischen Bilde abweichenden Fall von linksseitiger Facialislähmung. Bemerkenswerth war nur eine ziemlich starke Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Kieferwinkel und den aufsteigenden Ast der mandibula, sowie eine nicht unbeträchtliche Geschmacksalteration, die namentlich in der vorderen Hälfte der linken Zungenseite ausgesprochen war und namentlich die Qualitäten sauer, süss und bitter betraf; salzig wurde im Allgemeinen besser percipirt. Die Berührungsempfindlichkeit der Zunge war ganz intakt; auch in Betreff der Speichelsekretion bestand keine Abnormität. Ganz beträchtlich war — bei Abwesenheit aller subjektiven entotischen Sensationen – die Herabsetzung der Hörschärfe des linken Ohres, von der der Patient durchaus keine Ahnung hatte. Das rechte Ohr vernahm das Ticken der Uhr auf mehr als 1 Meter Entfernung, das linke kaum auf 40 Ctm. — bei völliger Unterscheidung des „Tick-Tack" —, Flüsterstimme war rechts auf 10 Schritt, links kaum auf 5 Schritt vernehmlich. Unterschiede in der Tonhöhe wurden auf die erwähnte Distanz gut empfunden; abnorme Empfindlichkeit für hohe oder tiefe Töne fehlte. Das Politzer'sche Verfahren hatte keine Verbesserung der Hörfähigkeit zur Folge. Der Fall nahm einen ausserordentlich günstigen Verlauf; denn schon nach 5 Tagen konnte das Auge gut geschlossen werden; auch war es möglich, die Lippen zu bewegen und den Mund etwas zu spitzen. Dementsprechend hatte sich die Hörschärfe gesteigert und nach circa 18 Tagen waren ebensowenig Abnormitäten der Hörfähigkeit wie Lähmungserscheinungen im Facialisgebiete zu constatiren.

Die mitgetheilten Fälle beweisen, dass bei anscheinend leichten Formen von sogenannter rheumatischer Facialislähmung eine nicht unbeträchtliche Störung in der Sphäre der akustischen Wahrnehmungen vorkommen kann und dass, wenn anders es sich hier nicht um ein

zufälliges Zusammentreffen handelt, was weitere Beobachtungen recht bald feststellen werden, zwischen beiden Affektionen ein causaler Zusammenhang bestehen muss, da sich die Gehörsstörung eng an die Facialislähmung anschliesst und, wie unsere Fälle lehren, bei Abnahme der Lähmungssymptome sich jedenfalls vermindert, um noch vor völliger Restitution der Funktion des Facialis vollkommen zu verschwinden. Was die Natur der Gehörsstörung in den vorliegenden Beobachtungen, in denen äusserer Verhältnisse halber eine ganz erschöpfende Prüfung der acustischen Verhältnisse nicht vorgenommen werden konnte, anbetrifft, so dürfte es schwer sein, sie in eine der bekannten Rubriken einzurangiren, und ebensowenig ist man wohl im Stande die Art des Causalzusammenhanges zwischen Facialisparalyse und Herabsetzung der Hörschärfe mit Sicherheit zu bestimmen, wenn man die Bedingungen, unter denen Facialislähmung und Gehörsstörungen überhaupt zusammen angetroffen werden, näher betrachtet. Bekanntlich kann die Complication beider Affectionen entweder 1) eine zufällige sein, indem Gehörkranke eine Facialislähmung acquiriren, die mit dem localen Ohrleiden in keinem causalen Verhältnisse steht, oder es besteht 2) ein directer Zusammenhang beider Leiden dadurch, dass innerhalb des Felsenbeins entstandene oder von der Gehirnbasis ausgehende destruirende Processe, sei es direct oder durch Fernwirkung das Gehörorgan und den Facialis in gleicher Weise in Mitleidenschaft ziehen oder es ergreift 3) eine primär vom Gehörorgan ausgehende Zerstörung secundär den Facialis. Ferner kann 4) eine primär im Facialis localisirte und bloss diesen Nerven lähmende Affection den acustischen Apparat dadurch betheiligen, dass entweder durch den Wegfall der Thätigkeit des (vom Facialis innervirten) Musc. stapedius oder durch das Ueberwiegen des vom Trigeminus innervirten Antagonisten, des M. tensor tympani, jene eigenthümliche Anomalie der Schallperception entsteht, welche im Wesentlichen in einer Hyperästhesie für alle oder nur für gewisse Schalleindrücke gipfelt, wie durch die Untersuchungen einer Reihe von Autoren (Roux, Landouzy, Wolff, Lucae, Hitzig u. A.) festgestellt worden ist. Endlich kann 5) eine und dieselbe, gewöhnlich als rheumatisch bezeichnete und bis jetzt ihrem Wesen nach nicht erkannte Noxe, die beiden sich räumlich so nahestehenden Nervenstämme, den facialis und den acusticus in gleicher oder ähnlicher Weise afficiren und auch im Stamme des letztgenannten Nerven eine grössere oder geringere Leitungslähmung hervorrufen. — In unseren Fällen, in denen ja, wie der Verlauf der Erkrankung und die schnelle Heilung bewies, nur leichte Störungen die Ursache der beobachteten Symptome sein konnten, dürfen wir demgemäss wohl mit vollem Rechte die ersterwähnten 3 Formen der Complication ausschliessen; ebenso dürfen wir wohl auf Grund unserer, allerdings nicht mit aller Feinheit der otologischen Diagnostik vorgenommenen Prüfung die sub 4) erwähnte Hyperacusis, Oxyokoia oder einen Catarrh der Tuba Eustachii und des Mittelohres ausser Rechnung lassen. Es bleibt demnach nur übrig den Grund der Erscheinungen in einer mit der Facialislähmung combinirten leichten Leitungslähmung des Acusticusstammes zu suchen, eine Annahme, für die, wie wir noch nachträg-

lich hervorheben wollen, die Integrität der Leitung durch die Kopfknochen plaidirt, und gegen welche nur die Abwesenheit aller subjectiven entotischen Geräusche in's Feld geführt werden kann. Dieser letzte Einwand dürfte aber wenig beweiskräftig sein, da es wohl feststeht, dass die subjectiven Geräusche meist durch Reizung der Endapparate des Acusticus oder durch Irritation gewisser centraler Apparate und nur selten durch Processe, die den Nervenstamm allein ergriffen haben, ausgelöst werden; auch ist in unseren Fällen die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass vorhandene geringe Reizerscheinungen von den Patienten, die sich nicht genau zu beobachten verstanden, übersehen wurden. — Weitere Beobachtungen werden ja wohl Aufklärung darüber verschaffen, ob diese Deduction begründet ist und ob die in unseren Fällen constatirte Gehörsstörung eine häufige Complication gerade der leichten und mittelschweren Formen rheumatischer Facialisparalyse bildet oder ob es sich hier um ein zufälliges Zusammentreffen zweier Affectionen handelt, die in keiner causalen Beziehung zu einander stehen; jedenfalls plaidiren unsere Beobachtungen für die Vornahme einer genauen Gehörsprüfung auch bei solchen Patienten, die keine manifesten Symptome einer Miterkrankung des acustischen Apparates bieten.

II. Original-Vereinsberichte.

Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Von Dr. Pollák in Budapest.

Sitzung am 5. März. 1887.

325) **Ernst Jendrassik**: *Suggestionsversuche während der Hypnose.*

J. demonstrirt seine Experimente an einer Hysteroepileptischen mit rechtsseitiger cutaner und sensorieller Anaesthesie. Die Hypnose gelingt momentan durch rasches Schwenken der Hand vor den Augen oder durch plötzliches Anschreien mit dem Rufe: „hopp". Die Pat. verfällt sodann in den kataleptischen Zustand und verbleibt in jeder beliebigen, wenn auch absurden Stellung so lange, bis sie nicht angesprochen wird, worauf sie in den, für Suggesstionsexperimente sehr geeigneten, somnambulischen Zustand übergeht. In diesem Zustande sieht und hört sie, mit allen Eigenschaften sinnlicher Perception alle ihr suggerirten Sachen: sie erschrickt vor der Schlange, freut sich des Vögleins, friert im kalten Bade, wird berauscht vom schweren Weine. Suggerirt man ihr auf ein weisses Blatt Papier den Buchstaben P. und hält es dann verkehrt vor einen Spiegel, so sieht sie in demselben ein b. Tagelang anhaltende Monoplegie mit gesteigerten Reflexen sind mit wenigen Worten hervorzubringen; ebenso vollständige Blindheit oder Taubheit, sowohl in Bezug auf alle, wie auch nur auf einzelne Gegenstände. Aeusserst merkwürdig sind folgende Experimente: applicirt man ein gewöhnliches Blatt Papier mit dem Bedeuten auf einen Unterschenkel, es sei Senfpapier, so entstehen binnen wenigen Stunden auf der entsprechenden Stelle Blasen mit rothem Hofe. — Berührt man

mit einem kalten Gegenstande eine beliebige Stelle mit dem Bemerken der Gegenstand sei glühend heiss, so zeigen sich nach 5—6 Stunden mit viel Flüssigkeit gefüllte Blasen, und es entsteht in einigen Tagen eine tiefe Brandwunde, deren Heilung 10—14 Tage bedarf. Das Verblüffendste bei diesen Experimenten ist jener Umstand, dass die Blasen und Wunden stets nur auf der anaesthetischen rechten Seite entstehen, selbst dann, wenn die Berührung links geschieht. Der Vortr. drückte z. B. ein K. (wie es zum Vordrucken gebraucht wird) auf die linke Schulter der Kranken und dessen Spiegelbild erschien deutlich auf der rechten Schulter.

Vortr. bespricht sodann die Experimente mit dem Magnet, und bemerkt, dass er mit der Wirkungsweise desselben nicht ins Reine zu kommen vermochte; so viel ist aber Factum, dass die Transfertversuche an der Kranken leicht ausführbar sind. Suggerirt man ihr z. B. während der Hypnose, dass sie das ihr vorgehaltene grosse Gong weder sehen noch hören wird und weckt sie nachher, so hört sie selbst die heftigsten Schläge nicht; nähert man aber ihrem Kopfe unbemerkt einen Magnet, so kehrt nach einiger Zeit das Instrument wieder in ihre Wahrnehmung und die Kranke verfällt auf das leiseste Anschlagen in Krämpfe.

Gibt man ihr das Tuch, dass den Magneten bedeckte in die Hände, so gerathen beide Oberextremitäten in schmerzhafte Contractur, bis das Tuch entfernt wird. Sämmtliche Suggestionen können leicht in den wachen Zustand übergeführt werden, ohne dass die Kranke Kenntniss von der Unrichtigkeit ihrer Wahrnehmungen hätte Vortr. erwähnt, dass er ihr einmal suggerirte, sie sei der gekreuzigte Christus und sie werde an Händen und Füssen bluten; nach mehreren Stunden entstanden jedoch nur rothe Flecken. Fieber konnte er durch Suggestion nicht erzeugen.

In der an den Vortrag sich knüpfenden Discussion, bemerkt Donáth dass die Hysteroepilepsie und die bei derselben vorkommenden hypnotischen- und Suggestions-Erscheinungen schon seit den ältesten Zeiten bekannt sind. Nebukadnezar weidete sicherlich in Folge Autosuggestion wie ein Thier auf der Wiese. Eine ähnliche Erscheinung ist die im Mittelalter in Deutschland epidemisch aufgetretene Lykantropie (die Verwandlung des Menschen in einen Wolf), sowie die Tanzepidemie in der Rheingegend.

Moravcsik erzählt einige Beispiele die geeignet sind den Werth der, bei den Hysterischen, angewendeten Medicamente in ein richtiges Licht zu stellen. Eine Kranke bekam gegen ihre Schlaflosikgeit längere Zeit hindurch Chloralhydrat —, später wurde ihr nur gewöhnliches Wasser (mit einem indifferenten Zusatze) als Cloralhydr. verabreicht — sie schlief Nachts sehr gut und war des Morgens ebenso betäubt und schlaftrunken wie vorhin nach dem Chloral. Eine andere Kranke bekam Limon. solvens gegen Stuhlverstopfung mit gutem Erfolge. Gegen einen ähnlichen Zustand wurden ihr nach einigen Tagen Infus. laxat., dann ein Klystir mit Ol. Ricini, schliesslich Ol. Ricini mit einigen Tropfen Ol. crotonis ohne jeden Erfolg gegeben, als jetzt

die Kranke selbst darauf aufmerksam machte, dass sie einmal ein angenehm schmeckendes Mittel bekam und ihr daraufhin wieder Limon solvens verabreicht wurde, folgte ausgiebiger Stuhl. Ein den Suggestionen nahe stehendes, bei Hysterischeu oft vorkommendes Symptom ist die s. g. „psychische Infection". Fiel z. B. eines Tages die Tympanitis der einen Kranken auf, so hatten Tags darauf die übrigen Kranken auch aufgetriebene Bäuche; hatte eine Kranke Harnverhaltung, so bekamen's bald auch die Uebrigen.

Sitzung vom 23. April 1887.

326) **E. Moravcsik:** *Einige bei Hysterischen wahrgenommene Symptome.*

Man unternahm auf der Klinik des Prof. Laufenauer mehrfache Untersuchungen über das Verhalten des Gesichtsfeldes der Hysterischen und die auch von Charcot hervorgehobene concentrische Einengung des Gesichtsfeldes war immer constatirbar. Moravcsik untersuchte genau die Gesichtsfeld-Verhältnisse der Hysterischen unter Einwirkung eines Reizes auf die einzelnen Sinnesorgane. Er constatirte, dass *der auf die einzelnen Sinnesorgane einwirkende Reiz die Grenzen des Gesichtsfeldes bedeutend* (um 3—4°) *vergrössert.*

Zu diesem Zwecke — nachdem er früher das normale Gesichtsfeld des Individuums bestimmte — wurde auf den Vorderarm Aether geträufelt, auf die Zunge Salz gegeben, vor die Nase Aether gehalteu, neben dem Ohre eine Stimmgabel angeschlagen. Am bedeutendsten war die Besserung des Sehens bei der Reizung des Acusticus, am geringsten bei jener der Zunge.

Diese Untersuchung nahm M. auch während der Hypnose vor. Es wurde das Auge geöffnet und es fixirte den weissen Knopf des Förster'schen Perimeters. In dem Moment, wo das, in centripetaler Richtung schreitende weisse Blatt durch die Netzhaut percipirt wurde, erfolgte in der oberen Extremität (Hand) und manchmal am ganzen Arm eine blitzähnliche Zuckung. Das während der Hypnose aufgenommene Gesichtsfeld ist grösser als jenes im wachenden Zustande.

Vortragender demonstrirt zwei Patientinnen von der Klinik des Prof. Laufenauer (M. M. 20 Jahre alt und R. W. 21 Jahre alt), deren jede das Bild der classischen Hysteroepilepsie zeigt. Bei den vorgestellten Kranken ist das Phänomen der Nerven-Muskelüberreizbarkeit sehr lebhaft zu demonstriren. Der geringste Reiz vermag den Muskeltonus zu ändern. Auch im wachenden Zustande resultirt aus der Haltung der oberen Extremitäten während einiger Secunden in einfacher horizontaler Lage die Contractur der Extremität, welche successive auf den Hals, Rumpf und auf die unteren Extremitäten überschreitet. Diese Contractur verschwindet auf die Reibung der Extremität.

Bei der Patientin M. M. demonstrirte der Vortr. die krampfhafte Contractur der Zunge unter Einwirkung der Stimmgabel und zwar fand so im wachenden Zustande wie in der Hypnose eine Deviation der vorgestreckten Zunge gegen die Schallquelle (Stimmgabel) statt, in welcher Stelle sie erstarrte. Hielt der Vortr. die schwingende

Stimmgabel vor den Mund, so drehte sich die Zunge auf einmal um, so dass der Rücken der Zunge abwärts, deren Bauch aufwärts gelegen kam.

Vortragender hatte öfters Gelegenheit die *hysterischen Gedärmaufblähungen* zu beobachten. Diese können spontan oder auf artificiellem Wege erzeugt erscheinen und zwar durch die Reibung der Bauchwand und durch Suggestion. Der spontan entstandene Meteorismus unterscheidet sich von dem nicht hysterischen in keiner Beziehung. Die Untersuchung ergab, dass das Zwerchfell nur im geringen Maasse herabsteigt, folglich kann dieser Umstand die Absteigung, resp. das Vordrängen der Gedärme allein nicht bewirken. Die durch die Contractur der Rückenmuskeln entstandene abnorme Körperhaltung ist auch nicht dergestalt, dass sie dies Phaenomen erklären könnte. Somit müssen wir die Ursache in der Veränderung des Darmtonus suchen, wobei bemerkt sei, dass die Theilnahme des Magens vollständig auszuschliessen ist. Die unter einem gewissen Drucke stehenden Gedärme drängen sich in Folge der Erschlaffung der Bauchmuskulatur hervor. Es ist bei einzelnen Gelegenheiten zu beobachten, dass wenn die schiefen Bauchmuskeln auf der einen Seite sich zusammenziehen, nachdem sich die Gedärme vor unseren Augen auf die andere Seite drängen, auch nur die eine Hälfte des Bauches sich hervorwölbt.

Vortr. demonstrirte die Gedärmaufblähung an der Pat. R. W., bei welcher diese Erscheinung verschwand, sobald auf das Schädeldach kleinere Schläge applicirt wurden.

Hierauf demonstrirte Vortrag. *einige Suggestions-Erscheinungen* Der hypnotisirten Kranken wurde in der Form gewöhnlichen Wassers Chloralhydrat suggerirt, worauf Pat. bald darauf in einen, dem normalen Schlaf ähnlichen Zustande verfiel. Auf diese Weise waren Singultus, Husten, Gähnen, Niesen, Bauchgrimmen zu suggeriren. Bei der Pat. M. M. gelang es Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung und Schwitzen zu suggeriren. Die Temperatur stieg von 37, 3° C. auf 38° C, bald auf entgegengesetzte Suggestion sank dieselbe um etliche Zehntel. Das Schwitzen zeigte das Erhard'sche Atmometer sehr schön an.

Die Suggestionserscheinungen — sagt Vortr. — beweisen, dass der Wille während der Hypnose auch auf solche Nervenbahnen Einfluss ausüben kann, welche unter normalen Verhältnissen nur theilweise oder gar nicht unter dessen Gebote stehen. Bei Hysterischen werden die Nervenbahnen durch die Uebung fortwährend geschliffen, sie werden zum Ablauf des Reizes empfänglicher. Darin liegt es, dass die Hysterischen Anfangs gleichsam ein rohes Material repräsentiren, welches systematisch schaffbar ist. Anfangs ist die Hypnotisirung des Individuums schwer, durch fortwährende Uebung wird dies aber leichter. Wenn Anfangs nur das Fixiren, das Streicheln die Pat. in Schlaf versetzte, so ist später zur Production desselben Zustandes das Fächeln mit der Hand, das Befehlen genügend.

Indem wir den Körper und im Allgemeinen das Nervensystem stärkende therapeutische Methoden in Angriff nehmen, sind wir bestrebt, die krankhafte Irritabilität des Nervensystems herabzusetzen.

Hysterische Personen repräsentiren während der Hypnose in gewisser Hinsicht selbständige Individualitäten und deshalb erscheinen die einzelnen Symptome nur bei gewissen Personen wohlentwickelt.

Zum Schluss betont Vortragender, dass die Beobachtung der Anfälle der Kranken wichtig sei, denn wir können während des Anfalles den Kranken manche Griffe ablauschen, welche das Coupiren des Anfalles bezwecken. So z. B. beobachten wir, dass Pat. während des Anfalles den Kopf unwillkürlich in transversaler Richtung zu comprimiren sucht, worauf der Anfall verschwindet.

III. Referate und Kritiken.

327) **Fr. Richter** (Sonneberg i. Th.): Die Veränderung der Beschaffenheit und Function des Hirns durch psychischen Einfluss.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1887. Nro. 9.)

Der erste Abschnitt des Aufsatzes beschäftigt sich mit Reflexionen. Bekannt ist, dass eine gesunde Hirnrinde gesunde psychische Thätigkeit producirt, eine pathologische aber nicht. Wenn man nun annimmt, dass auch eine entgegengesetzte Wirkung in so fern statt hat, dass schädliche und falsche Einflüsse psychischer Art auch umgekehrt die anatomische Beschaffenheit des Hirns beeinflussen, so leuchtet das im täglichen Leben mannigfache Vorkommen dieser schädigenden Einflüsse leicht ein. Dieselben sind einmalig und plötzlich wirkende und länger andauernde und selbstverständlich spielt die Disposition des betroffenen Individuums in Bezug auf die Quantität des Schadens eine grosse Rolle. Das Wesen der in Folge psychischer Schädlichkeiten auftretenden Veränderungen in der Ganglienzelle etc. ist ja noch sehr dunkel und wird auch durch des Verf.'s Betrachtungen nicht gelichtet. Selbst die die Veränderungen des Hirns hervorrufenden Circulations- und Ernährungsstörungen sind noch nicht hinlänglich bekannt. Cohnheim's diesbezügliche Ansichten werden kurz reproducirt und Arndt's atrophische Zustände der Gangliensubstanz angeführt, doch grenzt auch nach Verf. diese Darstellung sehr an eine solche entzündlicher Vorgänge. Der zweite Abschnitt gibt einige Krankengeschichten. 1) Reizzustände des Hirns und deren Folgen durch Ueberarbeitung bei einer vorher gesunden Person. Heilung durch Ruhe und passendes psychisches Regime. 2) Erbliche cerebrale Neurasthenie auf anämisch-dyskrasischer Basis mit hypochondrischen Zwangsvorstellungen. Psychische und roborirende Behandlung mit bestem Erfolge. 3) Anämie, erbliche Belastung, tonischer Krampf, Verschlimmerung durch psychischen Shock. Rasche Heilung durch Wegfall desselben. 4) Fall eines 14 jährigen Tertianers, erbl. belastet, welcher durch Ueberarbeitung centrale Neurasthenie acquirirt. Ebenfalls Heilung auf psychischem Wege. Obwohl vom Verf. nichts Neues beigebracht ist, sind doch seine vorgetragenen Bemerkungen über psychische Behandlung, Translocation etc. bemerkenswerth.

Goldstein (Aachen).

---

329) **Ott** (New-York): The heat-centre in the brain. (Das Wärmecentrum im Gehirn.) (The journal of nerv. et ment. dis. März 1887. p. 152.)

O. fand auf Grund von Experimenten an 40 Kaninchen, dass Verletzung des vorderen inneren Theiles des Tahalmus opticus eine Temperaturerhöhung hervorbringt; ebenso Verletzung der Fasern längs der Mittellinie zwischen Thalamus opticus und Corpus striatum.

Koenig (Dalldorf).

---

330) **W. H. Walshe** (London): The Colloquial Faculty for Languages, Cerebral Localization and the Nature of Genius. (Die Begabung für practische Beherrschung von Sprachen, ihre Grundlage in der Hirnlocalisation und das Wesen des Genies.) (231. S. 2. Aufl. London. Churchill 1886.)

Die erste Auflage dieses geistvollen Buches erschien Ende 1885 als eine Broschüre von etwa 90 Seiten. Sie wurde von der Kritik mit ungetheiltem Beifall begrüsst und war schnell vergriffen; diese neue Auflage präsentirt sich nun als ein stattlicher Band, der das interessante Thema ausführlich und erschöpfend behandelt. Die glänzendste Partie des Buchs besteht in einer Geschichte der Localisationstheorie der Gehirnfunctionen und in einer sich daran schliessenden ausführlichen physiologischen Analyse aller an der Erlernung und Beherrschung der Muttersprache und fremder Sprachen betheiligten Hirnfunctionen und Hirncentren.

Walshe bringt dafür freilich kein neues Material an klinischen, experimentellen und anatomischen Thatsachen, aber er hat das grössere Verdienst, das bisher für die cerebrale Physiologie der Sprache angesammelte Material der eingehendsten Analyse zu unterwerfen. Dadurch legt sein Buch den Vergleich mit Kussmaul's „Störungen der Sprache" nahe, von dem er sich aber durch eine freiere Form der Darstellung und auch dadurch unterscheidet, dass er seinen Ausgangspunkt in einem anderen Gebiete wählt. Das Buch geht von den zahllosen Erzählungen über Menschen aus, die — wie Mezzofanti — eine grosse Anzahl lebender Sprachen in Wort und Schrift beherrscht haben sollen. Mit einem Aufwande einer wahrhaft stupenden — bei einem berühmten Mediciner doppelt überraschenden — linguistischen und literarischen Belesenheit und in höchst fesselnder Darlegung geht er nun all diesen Traditionen wunderbarer sprachlicher Leistungen zu Leibe und keine von ihnen widersteht seiner Kritik; vielmehr gelingt es Walshe, den berühmtesten literarischen Grössen verschiedener Zeiten und Nationen die grausamsten Sprachschnitzer nachzuweisen und damit seine These vorzubereiten, dass es kaum möglich ist, neben gründlicher Beherrschung der eigenen Muttersprache, ein zweites Idiom vollkommen zu handhaben, und dass für die grosse Merzahl von Menschen das letztere nur unter der Bedingung möglich ist, dass sie ihre Muttersprache zum Theil verlernen.

Der zweite Theil des Buches wirft nun die Frage auf, was die Ursache dieser enormen Seltenheit linguistischer Begabung ist und

beantwortet sie mit einer Darstellung der Bedingungen, an die ihre Existenz geknüpt ist. Die wesentlichsten dieser Bedingungen sind:

A. Cerebrale: 1. Formatives Wort-Centrum. 2. Emissives Wort-Centrum. 3. Hör-Centrum. 4. Ton-Centrum. 5. Motorisches Wort-Centrum. 6. Nachbildungsfähigkeit. 7. Gedächtniss. 8. Automatismus. 9. Unbewusstes Vorstellen. 10. Collaterale Association.

B. Musculäre: (Walshe nimmt an, dass es individuelle, angeborene oder erworbene Unterschiede in der Substanz der einzelnen Sprachmuskeln giebt.)

C. Sensitive: (Schärfe der Sinnes-Perception.)

D. Sociale.

E. Persönliche (Constitution, Temperament).

F. Nationale.

Die Analyse dieser Bedingungen nimmt ungefähr die Hälfte des Buches ein. Hier verbindet Walshe die Resultate einer gründlichen Orientirung auf philosophischem, literarischem und musikalischem Gebiete mit der Herrschaft über die ganze Masse klinischer und physiologischer Thatsachen; dem streng exacten Mediciner mag manches unter seinen Bemerkungen auf den ersten Blick als nicht in das specielle Gebiet des Fachs gehörig erscheinen; es lässt sich aber doch nicht leugnen, dass Linguistik und Psychologie gerade auf dem Gebiet der Sprache eine Fülle von Thatsachen constatirt haben, die ebenso beglaubigt sind, wie die der klinischen Beobachtung und dass die Combination dieser beiden Wissensgebiete eine höchst verdienstliche Arbeit ist. Und mancher exacte Leser wird es wohl auch zu würdigen wissen, dass Walshe seine Gedanken nicht trocken und reizlos, sondern in vollendeter Klarheit und Eleganz und vermischt mit einer Fülle witziger Bemerkungen und unterhaltender Einzelheiten vorträgt.

Im letzten Theil seines Buches geht Walshe von der Analyse des Sprachtalents zu der des Talents überhaupt und zu einer Untersuchung über das Wesen des Genies über. Das Material für diese Untersuchung ist reich und sorgsam zusammengestellt, das Resultat lautet im wesentlichen dahin, dass das Genie anzusehen ist als die ununterdrückbare, automatisch wirkende Energie hoch differenzirter, dynamisch-specificirter und vollkommen organisirter Herde von Rindenzellen, welche durch Uebung an Spannkraft und Fähigkeit, aus der interstitiellen Neuroglia Nährstoffe aufzunehmen, gewinnen und so überernährt und hochgradig functionstüchtig werden. Die Vollendung der Zellen-Structur und die Functionsenergie wachsen dadurch derart, dass ein Ruhezustand dieser Centren unmöglich wird. „Das Genie *muss* sich bethätigen". Zu dieser Qualität der Centren muss aber noch eine normale Thätigkeit der Associations- und der intracentralen Leitungsbahnen kommen. Viele der einzelnen Aufstellungen des Buches sind hypothetisch und müssen es sein; als Ganzes aber ist seine Lectüre auch dem weiteren ärztlichen Publikum als die anregendste und gedankenreichste Leistung der neueren psycho-physiologischen Literatur zu empfehlen. Kurella (Owinsk).

) **A. Borgherini** (Padova): Sulle vie di conducibilitá nella midolla spinale. (Experimentelle Untersuchungen über die Leitungsbahnen im Rückenmark.) (Riv. Sperim. di Freniatria XII. 4.)

Borgherini hat in Wien am Stricker'schen Laboratorium eine Reihe von Versuchen gemacht, die sich auf alle Leitungsfunctionen des Rückenmarks beziehen. Er operirte unter den sorgfältigsten antiseptischen Cautelen, liess die gesetzten Verletzungen verheilen, beobachtete längere Zeit hindurch die centralen Functionsstörungen, tödtete dann die Versuchsthiere und classificirte seine Fälle auf Grund der Section und nachfolgenden mikroscopischen Untersuchung.

In der vorliegenden Arbeit finden sich genaue Versuchsprotocolle und für jede Untersuchungsreihe einige Abbildungen, aus denen hervorgeht, dass die Schlussfolerungen B.'s sich auf ein Material stützen, das nur wenig Raum für Zweifel und Einwürfe lässt. Wir geben deshalb im folgenden nur kurz seine Resultate.

I. *Die centrale graue Substanz* des Rückenmarks enthält keine *langen Leitungsbahnen*, d. h. sie ist nicht im Stande, Puncte der Peripherie und des Centrums leitend zu verbinden.

II. *Die Seitenstränge* sind die normalen langen motorischen Bahnen; die *Vorderstränge* enthalten collaterale Bahnen, die erst allmählich in Function treten und vicariirend wirken, wenn die Leitung der Seitenstränge unterbrochen ist. Für gewöhnlich aber übernimmt nach Zerstörung des einen Seitenstrangs der andere Seitenstrang nach kurzer Zeit die Vertretung desselben als Leitungsbahn, und die vicariirende Function der Vorderstränge tritt erst einige Zeit nach Zerstörung beider Seitenstränge in die Erscheinung.

III. Zerstörung der *Vorderhörner* führte stets zu trophischen Störungen in der betroffenen Muskulatur, die sich schon fünf Tage nach der Operation nachweisen liessen, rapide zunahmen und in Trübung, Zerbrechlichkeit, Volumenabnahme und fettigen Zerfall der Muskelfasern und interstitieller Fettbildung bestanden.

IV. Als *sensible Bahnen* zeigten sich wieder die Seitenstränge; einseitige Durchschneidung eines Seitenstrangs hob die Sensibilität weder in derselben noch in der gekreuzten Körperhälte auf; die Vorderstränge traten auch hier allmählich vicariirend für die sensible Leitung ein.

Nach Exstirpirung der hinteren Wurzeln des Ischiadicus bei jungen Kätzchen (vergl. dies Centralblatt Nro. 4 1886) liess sich die aufsteigende Degeneration fast durch das ganze Mark des Hinterstrangs in einem Falle bis in den Kern des Funicul. gracilis verfolgen, nahm anfangs den ganzen Hinterstrang, weiter oben bei stets gleich bleibendem Areal und constanter Fasermenge den hinteren medialen Theil des Goll'schen Strangs ein. Ausserdem fanden sich nach dieser Operation stets disseminirte myelitische Herde in der Nähe stark veränderter Blutgefässe. Bei totaler Zerstörung der grauen Achse fand sich stets eine aufsteigende Partie der Kleinhirn-Seitenstrangbahn degenerirt, die im Horizontalschnitt fächerförmig aussah, den Stiel des Fächers der grauen Substanz zugekehrt. Es liess sich nicht entscheiden, auf welchen Theil der zerstörten grauen Substanz diese Alteration der Kleinhirnbahn zu reduciren ist.

Kurella (Owinsk).

331) **Kn. Pontoppidan** (Kopenhagen): 14 Tilfaelde af Tumor cerebri. (14 Fälle von Hirntumoren.) (Hospitals Tidende 1887. Nro. 4 u. 5.)

Eine gedrängte Mittheilung von Krankengeschichten und Sectionsbefunden ohne weiteres Raisonnement, deren Hauptfälle hier kurz berichtet werden sollen.

1) Medulläres Carcinom der Marksubstanz unter der Rinde der beiden linken Centralwindungen, von Eigrösse. 9 Jahre vor dem Tode zeigen sich Schwindelerscheinungen, 4 Jahre vorher Contusion des Schädels; in den letzten 3 Monaten täglich 5—10 Anfälle von klonischen Zuckungen im rechten Schultergelenk und Oberarm, die gelegentlich auch die Muskeln der rechten Gesichts- Hals- und Thoraxfläche befallen und häufig mit Bewusstseinsverlust verbunden sind. Successive entwickelt sich rechtsseitige Hemiplegie, combinirt mit peripherer, atrophischer Parese der Oberextremität, in Folge von Compression des Plexus brachialis durch einen Carcinomknoten in der Achselhöhle.

2) Sarcom des Marks vom Scheitellappen und der äusseren Kapsel rechts ohne Läsion der Rinde und der Stammganglien. Linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie, in den letzten Wochen vor dem Tode Zunahme der motorischen Lähmung, besonders im Arm bis zu totaler Paralyse.

3) Gliosarcom des Balkens und der Marksubstanz links in der Region des hinteren Endes der Centralwindung. Rechts Hemiparese, Zittern, Zuckungen und Reflexcontractur des rechten Arms, täglich epileptiforme Anfälle, terminale Temperatursteigerung.

4) (Original- Fall 6.) Fibrosarcom der ganzen Marksubstanz des linken Schläfelappens. Gar keine Herdsymptome, nur Allgemeinerscheinungen. Kopfschmerz, Erbrechen, allgemeine Ernährungsstörungen. Tod im Coma.

5) (Or.- F. 8.) Rundzellengeschwulst (luetische?) der Zirbeldrüse, wallnussgross, ohne Zusammenhang mit der Hirnsubstanz. Gehirn intact bis auf Compression der Corpor. quadrigem. und Hydrops der Ventrikel. Mehrere Monate vor dem Tode nur Kopfschmerz und Schwindel, 6 Wochen vorher plötzlich Verwirrtheit und stark benommenes Sensorium. Zwangsbewegungen. Geht ungeführt rückwärts und zugleich nach links, anstatt vorwärts, Rumpf nach links gebeugt mit leichter Tendenz zur Rotation nach links. Opisthotonus, *ein* epileptischer Anfall, zunehmender Sopor, Neuritis optica, conjugirte Deviation der Augen nach rechts.

6) (Or.- F. 10.) Lympho-Angiosarcom der Dura der mittleren Schädelgrube und der Nachbarregionen. N. opticus und trigem. sind ganz in die Tumormasse eingeschlossen. Paralyse des l. abducens, Parese des l. oculomotorius, Anaesthesie und Paraesthesie des l. trigeminus, Neuritis und Atrophia n. optici, linksseitige ulcerative Keratitis, Myosis, linksseitiger totaler Geschmacksverlust (Chorda), linke Facialis-Lähmung. Häufige, kurzdauernde Anfälle von Bewússtlosigkeit. Tod an Phthise.

7) (Or.- F. 13.) Sarcome: Rechts an der Unterfläche des Frontallappens, wallnussgross, und dem Seitentheil des Pons, erbsengross, links:

Oberfläche des Frontallappens, etwa haselnussgross, und Seitentheil des Pons von derselben Grösse.

Nur allgemeine Symptome, Tod nach dreiwöchentlicher tiefer Benommenheit und Verwirrtheit. Kurella (Owinsk).

---

332) **Birdsall** (New-York): Progressive paralysis of the external oculor muscles, or ophthalmoplegie externa. (Progressive Lähmung der äusseren Augenmuskeln oder ophthalmoplegia externa.)

333) **Mittendorf** (New-York): Associate external ophthalmoplegia or uncomplicated paralysis of the external muscles of both eyes. (Associirte externe Ophthalmoplegie oder uncomplicirte Paralyse der äusseren Muskeln beider Augen.)

(The journ. of nerv. et ment. dis. Febr. 1887. p. 65 und 78.)

B. berichtet über folgenden Fall bei einem 18 j., sonst gesunden jungen Manne: Pat., dessen Leiden 2 Jahre vor der Behandlung mit Ptosis anfing, zeigte folgenden Status: Doppelseitige Ptosis, rechts stärker als links; Rotation der Bulbi möglich, doch beschränkt, Pupillenreaction in jeder Beziehung normal, ebenso der Augenhintergrund. Rechts irregulärer Astigmatismus; links Myopie. Sonst nichts somatisches. Auf Jodkalibehandlung fast vollständige Heilung.

B. sucht die Ursache der Erkrankung in einer Nuclearaffection. Noch 2 Theorien sind zulässig, wenn auch in diesem Falle weniger wahrscheinlich.

1) Die Centren der Augenmuskeln können durch einen entzündlichen resp. neoplastischen Prozess längs der Oberfläche des 4. Ventrikels afficirt sein.

2) Es können die Erscheinungen auf multiple kleine Blutextravasate zurückzuführen sein.

M.'s Fall betraf einen sonst gesunden Mann von 30 J. Lues nicht ausgeschlossen, starker Raucher. Bei diesem fand sich ein leichter Grad von Hypermetropie, Farbenperception, Gesichtsfeld, Pupillenreaction, Augenhintergrund normal. Der linke Bulbus vollständig unbeweglich; der rechte kann nach unten und innen etwas bewegt werden. Leichter Grad von Ptosis beiderseits. Leichte Divergenz des l. Auges. Jodkali- und Strychnin-Behandlung ohne Erfolg. Nur die Ptosis bessert sich etwas.

Auch M. denkt an eine Nuclearerkrankung, spricht sich aber nicht entschieden für eine solche aus. Koenig (Dalldorf).

---

334) **Stan** (New-York): Thrombosis of an artery in the segmentum of the crus cerebri. (Thrombose einer Arterie des Segm. cruris cerebri.)

(The journal of nerv. et ment. dis. Febr. 1887. p. 115.)

40 j. sonst gesunder Mann, Lues geleugnet, aber nicht ausgeschlossen. Am 27. 2. 1886 klagte er über Taubheitsgefühl in der rechten Körperhälfte und Doppelsehen.

Die Untersuchung ergibt folgendes: Ptosis des linken Augenlides, Sinken des Bulbus nach unten; Pupillen etwas erweitert, Reaction normal. Beweglichkeit des Bulbus in Ordnung, bloss der rect.

sup. ist schwächer innervirt wie rechts. Doppelsehen; Augenhintergrund normal. Am rechten Auge nichts abnormes. Auf der ganzen rechten Körperhälfte ein leichter Grad von tactiler Anästhesie, mit Ausnahme eines kleinen Gebietes hinter dem Ohr und im Nacken. Auch der Temperatursinn ist rechts herabgesetzt, desgleichen die Schmerzempfindlichkeit. Muskelsinn normal; ebenso die Reflexe, keine Coordinationsstörung; Gehör normal; keine Kopfschmerzen oder Schwindelgefühle.

Verf. meint, dass eine Läsion in der formatio reticularis des Tegmentum linkerseits geeignet sei, um die klinischen Erscheinungen zu erklären. Das plötzliche Auftreten und die Stabilität derselben befürworten die Annahme einer Thrombose oder einer Embolie; bei dem Mangel eines Vitium cordis und bei dem Verdacht der Lues ist erstere wahrscheinlicher. Koenig (Dalldorf).

235) **Meigs** und **de Schweinitz** (New-York): Report of a case of brain and spinal cord syphilis showing extensive disease of the blood-vessels with an acount of the autopsy and mikroscopic Examination. (Bericht über einen Fall von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis mit ausgedehnter Erkrankung der Gefässe und Bericht über die Autopsie nebst mikroskopischem Befund.)

(The journal of nerv. &. ment. dis. Jan. 1887. p. 1.)

Der 63 j. Patient hatte Anfang 1877 ein specifisches Exanthem und eine Iritis. Heilung. Anfangs September Parese des rechten Beines. 2 Wochen später rechtsseitige Hemiparese; Unbeholfenheit der Sprache, diese Erscheinungen bilden sich zum grossen Theil zurück bis Anfang Dezember; aber Herabsetzung der Sehschärfe, allgemeines Schwächegefühl, schwankender Gang; plötzlich Anfang Dezember Erbrechen, fast vollkommene rechtsseitige Hemiplegie. Wieder theilweises Verschwinden der Lähmung, Mai 1878 complete Hemiplegie mit Verlust der Sprache. Am 23. Mai 1880 neuer Anfall. Verlust der Sensibilität im linken Beine. Im Laufe der nächsten Monate bedeutendes Zurückgehen sämmtlicher Erscheinungen. Am 29. August 1881 Fall auf den Boden, fractur des linken Schenkelhalses. Bald darauf Schmerzen im rechten Bein und Tremor.

Anfang Mai 1885 leichte Benommenheit und Tendenz nach links vom Stuhle zu fallen.

Juni 1885 Gangrän am linken Fuss; an der Hacke beginnend und sich bis zu den Zehen erstreckend; Demarkationslinie in der Mitte des Fusses.

Allgemeine cutane Hyperästhesie. Exitus am 10. October 1885.

Autopsie 30 h. p. m. Im oberen Theile des Lendenmarkes eine Blut enthaltende Cyste, welche mit der Dura linkerseits zusammenhing. Das ganze Rückenmark von abnorm weicher Consistenz, welche von oben nach unten zunimmt; im unteren Dorsaltheil fast halbflüssig. $^3/_4$ Zoll unterhalb der Cyste Zunahme der Consistenz.

Die Dura mater cerebri mit dem Schädeldach stark verwachsen. Trübung der Pia, Gehirn etwas abgeplattet.

Das linke Crus cerebri hat eine dunklere Farbe als das rechte. Im linken Corpus striatum und Thalam. opticus kleine Erweichungsherde. Im Innern zeigen beide einen mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum.

Die mikroskop. Untersuchung ergibt allgemeine Erkrankung der Blutgefässe; Veränderungen in den Ganglienzellen, dem linken Crus cerebri abnorm dunkle Pigmentirung der Substantia nigra. Der Tumor zeigte sich als gummös. Koenig (Dalldorf).

---

336) **Senator** (Berlin): Ein Fall von Myxoedem. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 9.)

55jährige Frau verlor Menses im 45. oder 46. Lebensjahre. 2 Jahre darauf gastrische Beschwerden, Rheumatismus, Anschwellungen an den Extremitäten, am Gesicht. Mattigkeit. Stat. praes. Pat. ist sehr schwach, Gesicht ganz gedunsen, aber nicht ödematös. Am Halse rechts dicker Hautwulst. Stimme rauh, tief; Sprache verlangsamt, monoton. Gedächtnissschwäche und Trägheit des Denkvermögens, motorische Schwäche der Extremitäten. Haarwuchs ziemlich, Schilddrüse fehlt. Eine Schwester der Patientin soll unter denselben Erscheinungen erkrankt und gestorben sein. Goldstein (Aachen).

---

337) **Alfred Baur** (Ehingen a. D.): Ein Fall von multipler degenerativer Neuritis mit besonderer Berücksichtigung des elektrischen Verhaltens. (Münchener Dissertation 1886.)

Ein Fall aus der v. Ziemssen'schen Klinik in München auf Anregung von Stintzing niedergeschrieben. Ein 57jähriger Schneider, sonst ganz gesund, erkrankt im Anschluss an eine Erkältung und Ueberanstrengung im Gehen unter Schmerzen in den Beinen. Die Schwäche nimmt rasch zu, combinirt sich mit Atrophie der Muskeln, steigert sich fast zur Paralyse, während die elektr. Erregbarkeit in hohem Grade sinkt und sonstige Alterationen erleidet, für den faradischen Strom theilweise erlischt und in einzelnen Nervengebieten Entartungsreaction mit gewissen Modificationen auftritt. 3 Monate später schliesst sich eine Schwäche und Atrophie der Oberextremitäten mit hochgradigen Sensibilitätsstörungen an denselben und ähnlichen Alterationen der elektrischen Erregbarkeit wie in den Unterextremitäten an. Trophische motor. und sensible Störungen. Parese der Beine bessert sich, während sich Lähmung und Atrophie in den Armen und Händen links noch mehr ausbildet, Beugecontracturen der Finger hinterlassend. Goldstein (Aachen).

---

338) **Seymour Taylor** (London): A case of Raynauds disease. (Ein Fall von Raynaud'scher Krankheit.) (The Lancet. 29. Jan. 1887.)

T. knüpft an einen Fall von Raynaud'scher Krankheit oder symmetrischer Gangrän folgende Bemerkungen:

Diese Affection, deren einer ihrer characteristischen Züge die Remission der heftigen Schmerzen ist, und die unverhältnissmässig mehr Kinder als Erwachsene heimsucht, entzieht sich ihrem Wesen und ihren Ursachen nach noch immer einer genaueren Kenntniss.

Man könnte sie für trockene Gangrän halten, widerlegte nicht diese Ansicht der Umstand, dass sich die Finger mehr afficirt erweisen als die Zehen, während andererseits das Verschontbleiben der reichlicher mit Blut versorgten Daumen und grossen Zehe dafür spricht.

Indess scheint doch so viel festzustehen, dass es sich hier um eine verminderte Blutcirkulation der Peripherie handelt, welche, durch verschiedene die Herzthätigkeit heruntersetzende Momente — im vorliegenden Falle durch psychische Depressionszustände und negative Affecte — hervorgerufen, unter dem Einflusse von aussen kommender Noxen ihre deletäre Wirkung entfaltet. Pauli (Köln).

---

339) **Jacoby** (New-York): **Thomsen's disease (Myotonia congenita).** (Thomsen'sche Krankheit.)

(The journal of nerv. et ment. dis. März 1887. p. 129.)

J. berichtet in ausführlicher Weise über einen Fall von Th. Krankheit. Von den von Erb angegebenen Symptomen vermisste er nur die „wellenartigen Bewegungen“ der Muskeln bei Anwendung des electrischen Stromes.

Die Untersuchung eines Stückes des Quadriceps femoris, welches in $^1/_2$ % Chromsäure und Alkohol gehärtet wurde, ergab nach Färbung mit Carmin und Goldchlori folgendes:

1. Die Muskelfibrillen um das 2fache dicker als im normalen Muskel, auch waren sie runder.
2. Kernvermehrung.
3. Hypertrophie des Perimysium externum; weniger ausgeprägt bei dem P. internum.
4. Die Nervenfasern ergaben nichts Abnormes.
5. Vacuolen in den Muskelfasern fanden sich nicht.
6. Die Cohnheim'schen Felder waren nur undeutlich ausgeprägt.
7. Die „sarcous elements“ waren bezüglich ihrer Grösse und Anordnung gleichförmiger aber bedeutend kleiner als im normalen Muskel. Ueberall fand sich ein Mangel an Zusammenhang zwischen den Gruppen derselben, während sie in diesen Gruppen dicht zusammengedrängt waren.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Krankheit auf einer congenitalen Missbildung der Muskelfibrillen beruht. Da in den Nerven eine mikroskopische Veränderung nicht zu erkennen ist, muss man bis auf weiteres eine Abnormität in der Anordnung ihrer Molecule annehmen. Koenig (Dalldorf).

---

340) **Drummond:** Clinical lecture on some of the symptoms of Graves disease. (Klin. Vorlesung über einige Symptome der Basedow'schen Krankheit.) (Brit. med. journ. 14. Mai 1887.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit namentlich auf das Vorkommen von Pigmentanomalien der Haut bei der B'schen Krankheit und berichtet über 6 Fälle, betr. 5 weibliche und 1 männlichen Pat., bei welchen dieses Symptom in ausserordentlichem Grade hervortrat.

In einem Fälle handelte es sich um ausgedehnte Vitiligo-Bildung,

in den übrigen um abnorm starke Pigmentirung. Dieselbe betraf namentlich die schon in der Norm reicher mit Pigment versehenen Hautstellen vorzüglich die Umgebung der Augen, Hals, Achselhöhlen, Warzenhof, Abdomen, Vorder- und Innenflächen der Oberschenkel.

Die Flecke waren bald scharf begrenzt, bald gingen sie unmerklich in's Normale über, die Intensität wechselte von der einer blassen Leberfarbe bis zum tiefsten braun. In einem Falle von Besserung nahm das Pigment an Ausdehnung und Intensität ab.

Verf. glaubt diese Erscheinung wegen ihrer Häufigkeit fast zu den cardinalen Symptomen der Krankheit zählen zu sollen.

Dieselbe ist entweder direct auf eine Innervationsstörung zu beziehen, oder von der gestörten Function der Schildrüse herzuleiten.

In 2 zur Section gekommenen Fällen ergab eine genaue mikroskopische Untersuchung keinerlei Anomalien der Halsganglien; auch die Nebennieren waren intakt.

Verf. ist geneigt, die Krankheit als eine functionelle Neurose des Sympathicus und der associirten Centren der medulla oblongata und des Rückenmarkes anzusprechen. Nagel (Halle a. S.).

---

341) **Wherry:** Note on Stellways symptom. (Notiz über das Stellway'sche Symptom.) (Brit. med. journ., März 26. 1887.)

Eine Frau, welche weder an Exophthalmus noch Struma litt, bot das Symptom, bestehend in Retraction des oberen Augenlides in sehr ausgesprochener Weise dar und zwar nur links. Die consensuellen Bewegungen des Lides waren dabei erhalten. Eine Störung der Herzinnervation machte sich durch Palpitationen und Klopfen der Carotiden bemerkbar; keine Geräusche. Redner glaubt den Fall der Basedow'schen Krankheit zutheilen zu sollen, wie auch Graefe Fälle beschrieben hat, bei welchen ausser der von ihm entdeckten Beweglichkeitsbeschränkung des oberen Lides nur Functionsstörungen des Herzens bestanden. Nagel (Halle a. S.).

---

342) **Karl Kétli** (Budapest): Klinische Studien über die Erkrankungen des Gesichtsnerven. (Monographie. — Pester med. chirurg. Presse 1887. 1.)

Verf. hat seine über diesen Gegenstand früher veröffentlichten Aufsätze zusammengefasst und bereichert in dieser Monographie niedergelegt, wobei ihm sein reiches Beobachtungsmaterial von über 200 Facialislähmungen als Grundlage diente.

Unter diesen ist ein Fall von centraler Gesichtslähmung bei einem jungen Manne besonders interessant, bedingt durch Schussverletzung des rechten Schläfebeins, in Folge deren eine blos die respiratorischen Zweige der Gesichtsnerven betreffende Lähmung auftrat, wie sie sich sonst in der Regel nur mit den gewöhnlichen apoplectischen Hemiplegien vergesellschaftet. Die Revolverkugel wurde durch Trepanation aus der an dieser Stelle mortificirten Dura mater entfernt. Hier war also das Centrum für die respiratorischen Facialiszweige am unteren Ende des Gyrus centralis anterior getroffen — unmittelbar

darüber liegt das Centrum für die Hirn- und Augenzweige — und dadurch eine partielle Monoplegia facialis erzeugt. Der Kranke genas nach einigen Wochen.

Bezüglich des Sitzes der rheumatischen Facialislähmungen spricht sich Verf. dabei aus, dass derselbe ausnahmlos im Canalis Fallopiae zu suchen ist.

Zur Entscheidung der unter den Physiologen noch strittigen Frage, welcher der Geschmacks- und welcher der Tastnerv im vorderen Theile der Zunge ist, führt Verf. eine sehr werthvolle Beobachtung an: Bei einem 22 jährigen Mädchen entwickelte sich allmählich im Laufe von 3 Monaten unter Nackenschmerz, Schwindel und Brechreiz eine rechtsseitige Abducens- und Facialislähmung. Letztere trug ganz den Character der peripheren Lähmung, und es war auch Entartungsreaction vorhanden; weicher Gaumen und Uvula gleichfalls gelähmt; Geschmacksempfindung auf der Zunge unverändert. Später klagte Pat. über eine stumpfe Empfindung in der rechten Wangen- und Nasengegend und über schlechte Geschmacksempfindung auf der rechten Zungenhälfte. Verf. constatirt hierauf eine Anaesthesie im Gebiete des II. Trigeminusastes; ferner konnte auf der rechten Zungenhälfte von der Spitze bis zur Mitte Süss, Sauer, Bitter nicht unterschieden werden, während Tast- und Wärmeempfindung der Zunge intact waren. Nach einigen Wochen breitete sich die Anaesthesie auch auf den III. Trigeminusast aus; gleichzeitig nahm auch die Tast- und Wärmeempfindung auf der rechten Zungenhälfte ab, und als die Anaesthesie des III. Astes eine vollständige geworden, war auch die Tastempfindung vollkommen geschwunden. Da der Geschmacksverlust parallel mit der Empfindungslähmung des II. Trigeminusastes einherging, so folgt daraus, dass der Geschmacksnerv für das vordere Zungendrittel die Chorda tympani ist, welche aus dem Ganglion sphenopalatinum des II. Trigeniumsastes entspringt; dagegen wird die Tast- und Wärmeempfindung vom n. lingualis des III. Trigeminusastes besorgt.

Zum Schlusse die klargefassten Grundsätze, welche die Therapie leiten. Pollák (Budapest).

---

343) **Althaus** (London): On paraplegia from Pott's disease. (Ueber Paraplegie in Folge von P. Krankheit).

(The journ. of nerv. et ment. dis. Jan. 1887. p. 13.)

A. berichtet über einen Fall von Paraplegie, in dem es sich um eine nicht tuberculöse Caries der Dorsalwirbel handelte, fast vollkommene Heilung durch Anwendung des Cauterium actuale.

A. unterscheidet 3 verschiedene Grade von Druck bei dieser Krankheit.

1. Grad: Difformität der Wirbelsäule ohne nervöse Symptome.

Bei dem 2. Druckgrad tritt Paraplegie auf in Folge eines geringen Grades von externer Pachymeningitis und interstitialer Myelitis. Kein Verlust der Sensibilität oder der reflectorischen Motilität. (Diese Verhältnisse lagen in dem oben genannten Falle vor.)

Bei dem 3. Druckgrad handelt es sich um eine complete

transversale Myelitis mit secundärer absteigender Degeneration der Pyramidenstränge und aufsteigender Degeneration der Goll'schen Stränge. In Folge dessen Anästhesie und Analgesie in allen Theilen unterhalb der Läsion, Lähmung der Sphincteren und Neigung zu Decubitus. Daraus folgt, dass Verlust der Sensibilität prognostisch ein bedenkliches Symptom ist.

Was die Therapie anbetrifft, so hält A. von Jodkali wie von der Behandlung mit dem Sayre'schen Gipspanzer wenig, verspricht sich von dem ferrum candens mehr, namentlich in Fällen, wie der vorliegende, überhaupt ebenso sonst, wenn es sich um Entzündungen der spinalen Membranen handelt. (Vergl. Nro. 9 d. C-Bl.)

Koenig (Dalldorf)

---

344) **Putnam** (Boston): Clinical notes on chronic laead poisoning. (Klinische Bemerkungen über chronische Bleivergiftung).

(The journal. of nerv. et ment. dis. Jan. 1887. p. 24.)

Unter 48 Fällen fand P. in 25 Blei im Urin. Von diesen 25 zeigten 12 Symptome einer diffusen Myelitis. Unter diesen 12 hatten 4 Symptome einer multiplen Sclerose. Unter 11 von den Fällen, wo sich kein Blei im Urin fand, waren 4 typische Fälle von progressiver Muskelatrophie und 2 von Ataxie, 1 Fall von subacuter symmetrischer Poliomyelitis adult, 2 Fälle von spastischer Paraplegie, einer mit Zeichen der multiplen Sclerose und einer mit diffusen, atypischen cerebro-spinalen Erscheinungen.

Der Urin jedes Kranken muss öfters untersucht werden, da sich jedesmal Blei nachweisen lässt.

Koenig (Dalldorf).

---

345) **Brouardel** (Paris): Hystérie; épilepsie. (Hysterie; Epilepsie.)

(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 85.)

Der allgemeinen(?E) Annahme, dass das beste Heilmittel der Hysterie der Ehestand sei, tritt B. mit der Begründung entgegen, dass dieser, wie aus den Angaben Empereur's hervorgehe, sich in nur ungefähr einem Drittel der Fälle vortheilhaft erweise, während er in zwei Dritteln die angeborene Disposition steigere und namentlich Anurie und schlimme Nervenzufälle hervorrufe.

Sodann wird die Frage, ob Hysterie sowie Epilepsie einen Ehescheidungsgrund abgeben, dahin beantwortet, dass dies nur dann der Fall sei, wenn jene beiden Krankheitszustände die Grenzen der Psychose erreicht oder dieselben bereits überschritten haben.

Pauli (Köln).

) **Devereux:** Prevention of epileptic fits. (Coupirung epileptischer Anfälle.) (Brit. med. journ., 9. April. 1887.)

D. fand bei einem Epileptiker zufällig das Einathmen von Amylnitrit von Erfolg zur Unterdrückung epileptischer Anfälle. Er gab darauf das Mittel in mehreren geeigneten Fällen den Patienten in Kapseln mit der Anweisung beim Herrannahen eines Anfalles schnell

eine Kapsel im Taschentuch zu zerdrücken und davon einzuathmen. Da er in verschiedenen Fällen guten Erfolg erzielte, so glaubt er die Methode zum Versuch empfehlen zu sollen.

Nagel (Halle a. S.).

---

347) **Mesnet** (Paris): Etude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué. (Der spontan entstandene und künstlich hervorgerufene Somnambulismus in gerichtlich-medicinischer Hinsicht.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 39.)

M. spricht sich auf Grund eines von ihm beobachteten und mehrfachen Experimenten unterworfenen Falles, der einen von einer hysterischen Mutter abstammenden jungen Mannes betrifft, dahin aus, dass derselbe, da er im wachenden Zustande absolut nicht wusste, was er im somnambulen gethan hatte, für die während desselben begangenen Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden könne.

Dieselbe Unfreiheit bedinge aber nicht allein der spontan entstandene Somnambulismus, um den es sich in diesem Falle handelte, sondern auch der künstlich erzeugte, dessen Zustandekommen jener entschieden begünstige.

Pauli (Köln).

---

348) **Germain Sée** (Paris): De l'antipyrine contre la douleur. (Das Antipyrin als schmerzlinderndes Mittel.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 53.)

Das Antipyrin besitzt neben seinen antipyretischen Eigenschaften auch noch solche, welche die Schmerzen gewisser nervöser Zustände beschwichtigen, wie dies drei Fälle von Cephalaea in Folge von Wachsthum und an deren Ursachen, vier von Neuralgia facialis und sechs von Migräne bestätigen.

Ganz besonders gute Dienste leistete dasselbe gegen die rebellischen lancinirenden Schmerzen der Tabes.

Man verordnet Antipyrin in der Dosis von 1 Gram. in einem halben Weinglase Eiswasser der Art, dass im Verlaufe von 1—3 Stunden 3—6 Gram. genommen werden, und setzt diese Dosis auf 0,5 Gram. herunter, wenn Erbrechen oder Schwindel oder eine Urticaria ähnlicher Ausschlag erscheinen.

Andere üble Nebenwirkungen sind nicht beobachtet.

Namentlich bleibt die Respiration normal und bewahrt der Herzmuskel seinen regelmässigen Rhythmus.

Pauli (Köln).

---

349) **Albert Eulenburg** (Berlin): Hydroelectrische Bäder. Electrische Wasserbäder. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.)

Verf., welcher bekanntlich zuerst in einer Monographie (siehe dies. Centralbl. 1883. pag. 371) das Thema der hydroelectrischen Bäder einer ausführlichen und grundlegenden Untersuchung unterzog, giebt hier zweckentsprechend eine kurze, bündige Schilderung von dem, was wir über diese Badeform, ihre Anwendung, ihre Indikation etc. wissen. Am Schluss ist die diesbezügliche Literatur aufgeführt und im Text sind die neueren Arbeiten genügend gewürdigt. Die Traut-

wein'schen grossen Galvanometerablenkungen (siehe d. Centralbl. 1886. pag. 535) erklärt Verf. auch heute noch zum Theil von Nebenströmen herrührend. Auch Stein glaubt, dass es sich dabei um Polarisationsströme handelt, die sich aus dem menschlichen Körper nach oder während einer Galvanisation ableiten lassen oder um Ströme, wie sie zwischen zwei in Soollösung eintauchenden oder mit dem Inhalt von Mund- und Mastdarm communicirenden gleichartigen Metallplatten entstehen. Was den Zweifel Lehr's hinsichtlich der electr. Douche und deren Wirkung aus recht bedeutender Entfernung (1—2 Fuss) betrifft, so glaubt E., dass L. wohl nicht mit geeigneten Douchevorrichtungen, namentlich nicht mit Salzwasserdouche, was unbedingt erforderlich, operirt habe. Eine hydroelektrische Badeeinrichtung ist im Holzschnitt nach Angaben des Verf.'s (von W. A. Hirschmann construirt) wiedergegeben. Goldstein (Aachen).

---

350) **James Mc Naught**: Ulnar Neuralgia.

(Brit. med. journ. 30. April 1887.)

Verf. sah 4 Fälle wohlcharakterisirter Ulnarneuralgie, welche an sich nichts Neues bieten. Sie betrafen sämmtlich das weibliche Geschlecht und mit einer Ausnahme Personen welche Gelenkrheumatismus überstanden hatten.

Ausser den charakteristischen Schmerzen, welche meist nach Benässung der Haut am heftigsten waren, bestand Druckempfindlichkeit des Nervenstammes, Gefühl von Schwäche in den 2 letzten Fingern und Neigung des Unterarmes zum Einschlafen. Die Anwendung eines Blasenpflasters um den Oberarm dicht über dem Ellenbogen gelegt nebst innerlicher Darreichung von Alkalien erwies sich stets als wirksam, doch nicht immer ohne Neigung zu Recidiven zu hinterlassen. Nagel (Halle a. S.).

---

351) **F. H. Alderson** (London): Inequality of the pupils in various diseases. (Ungleichheit der Pupillen bei verschiedenen Krankheiten.)

(The Lancet. 12. Febr. 1887.)

A. betrachtet die Ungleichheit der Pupillen, welche stets die tuberculöse Meningitis von Anfang an begleitet, als ein so untrügliches Zeichen dieser so schwer zu diagnosticirenden Krankheit, dass da, wo jenes fehlt, er diese mit Bestimmtheit ausschliessen zu müssen glaubt. Pauli (Köln).

---

352) **Eduard Schubert** und **Karl Sudhoff**: Paracelsus-Forschungen. Inwiefern ist unser Wissen über Theophrastus von Hohenheim durch Friedrich Moos und seinen Kritiker Heinrich Rohlfs gefördert worden?

(Erstes Heft. Frankfurt a. M. Verlag von Reitz u. Köhler. 1887. 8. VI. 89.)

Diese fleissige Schrift, eine Frucht langjähriger, mühsamer Studien, liefert den Beweis, wie sich durch Ungenauigkeit und vage Behauptungen historisch Falsches festsetzt, fortpflanzt und welcher Anstrengung es später bedarf die Wahrheit zu ermitteln. Geschichtsfälschung ist ja an der Tagesordnung.

Die Verfasser sind, indem sie die reiche Paracelsus-Literatur durchforschten, zu den Quellen zurückgegangen und üben dann an der Moos'schen Paracelsus-Bibliographie und an der Besprechung derselben „durch den Geschichtsschreiber der deutschen Medicin, Heinrich Rohlfs" eine scharfe, aber gerechte Kritik. Sie weisen nach, dass durch Moos und H. Rohlfs die Paracelsus-Frage, wenn auch in Manchem gefördert, doch noch lange nicht abgeschlossen ist und von Beiden, namentlich von Rohlfs, vielfache Irrthümer und Unwahrheiten begangen sind.

Die derbe Sprache mag in dem Unwillen, der den gründlichen Forscher, wenn er auf Leichtfertigkeit und Ungenauigkeit gepaart mit Anmassung, stösst, überkommt, ihre Entschuldigung finden. Der Freund der Wahrheit wird den Eifer für dieselbe anerkennen. Psychologisch interessant sind die Mittheilungen über Moos's Lebensschicksale (S. 7—9) und die Rechtfertigung desselben.

Sponholz (Jena).

---

353) **Mierzjewski** (Petersburg): Ueber die Ursachen der Entwicklung der Geistes- und Nervenkrankheiten in Russland und über Mittel zur Abhilfe. (Nach seinem, auf dem diesjährigen Congresse der Irrenärzte in Moskau gehaltenen Vortrage.) (Prezglad lekarski, No. 15, 16, 17, 18, 1887.)

M. bespricht zunächst die Ursachen der in der letzten Zeit überhandnehmenden Geistes- und Nervenkrankheiten und bezeichnet als solche 1. die Erblichkeit, 2. die Trunksucht, 3. das sociale Medium, die er eingehend erörtert.

1. Als Abhilfemittel gegen den Einfluss der Erblichkeit wird Aufklärung des Publikums über die unheilvollen Folgen der Verwandtschaftsehen bezeichnet, namentlich wenn beide Eheglieder zu Geisteskrankheiten disponirt sind.

2. Gegen die Trunksucht empfiehlt er folgende Massregeln: a) Freigebung des Handels mit Bier und Wein, falls diese von guter Qualität sind. b) Strenge Aufsicht über die Fabrikation des Korn-, und Kartoffelbranntweins, sowie Prämien für diejenigen Brenner, welche bei der Destillation die Beimischung schädlicher Substanzen verringern oder sie in weniger schädliche überführen. c) Belegung der Branntweinschenken mit einer hohen Abgabe und Konzessionirung nur moralischer Personen zu diesem Gewerbe. Endlich d) Bestrafung der Personen, die sich an öffentlichen Orten betrinken und Errichtung von Trinker-Asylen.

3. Gegen die schädlichen Einflüsse des socialen Mediums empfiehlt M. die Imprägnation der Gesellschaft a) mit dem religiösen Unsterblichkeits-Glauben. b) Mit dem Streben sich um das allgemeine Wohl verdient zu machen. c) Mit dem Gedanken des sozialen Fortschritts. Es folgt der Versuch einer Irren-Statistik, wobei zunächst die Zahl der geisteskranken Männer, welche sich in den Jahren 1876, 77 und

78 zu gestellen hatten, aufgeführt wird. Auf 754,362 kamen 3072 Irre und Idioten, oder 4 auf 1000. Die Zahl der Betten, welche für Irre bestimmt sind, betrug Ende 1886, 1 : 1000 der Einwohner in der Schweiz 1:866. In Petersburg kommen nach der Denkschrift der Gesellschaft der Irrenärzte, übersendet der Gesellschaft zum Schutze der öffentlichen Gesundheit 1881, in 11 Anstalten 1885 Irre auf 927,000 Einwohner, d. h. 1:544. Die Zahl der Irren in der Hauptstadt betrüge danach 3000. M. kommt zu dem Schlusse:

1. Dass die allgemeine Irrenziffer in Russland nicht einmal annähernd bekannt ist.

2. Dass die Zahl der Betten in Russland 12 mal geringer ist, als in einigen Ländern Europas.

3. Dass sie auch in Petersburg nicht dem Bedürfniss entspricht. Er bemängelt dann die Statistik der Irrenanstalten, bei Anerkennung der Verdienste der Landschaften um die Irrenpflege und schlägt eine allgemeine Irrenstatistik nach einfacher Nomenklatur vor. Die Irrenanstalten theilt er in Irrenkliniken für die Zwecke des psychiatrischen Unterrichts, in Landschafts-Anstalten und in städtische Anstalten und giebt praktische Rathschläge für die Einrichtung der letzteren, sowie für die Kontrolle der Irrenpflege Seitens der Regierung.

Landsberg (Ostrowo).

---

354) **A. Mercklin** (Rothenberg-Riga): Cerebrale Kinderlähmung und Psychosen. (St. Petersburger medic. Wochenschrift. Nro. 13. 1887.)

Verf. lenkt durch einige Krankengeschichten die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die psychischen Folgeerscheinungen, die bei aufmerksamer Beobachtung des weiteren Verlaufes der an cerebraler Kinderlähmung Erkrankten nicht entgehen können. Abweichungen von der Norm psychischen Verhaltens gehören zu den regelmässigen Folgeerscheinungen der cerebralen Kinderlähmung. Es handelt sich dabei um Hemmung der psychischen Entwicklung, um psychischen Defect. In der Mehrzahl der Fälle überwiegt die intellectuelle Schwäche, häufig complicirt durch epileptische Schwindel- und Krampfanfälle. In einer anderen Reihe von Fällen zeigen sich im Gebiete der Gemüths- und Willensphäre deutliche Störungen. Vielfach begehen diese Kranken unsittliche Handlungen und zeigen perverse Triebe. Auch hier häufig epileptische Anfälle. Bei der letzten Gruppe kommt es zur Entwicklung von Psychosen, die im späteren Lebensalter allerdings nicht immer als *directe* Folgeerscheinung der in der Jugend überstandenen Hirnaffection aufgefasst werden kann. Die letztere wird hier meistens nur durch die verminderte Widerstandsfähigkeit, die erhöhte Vulnerabilität des Centralorgans repräsentirt, während die Psychose eine *secundäre* Folgeerscheinung darstellt. Goldstein (Aachen).

---

355) **H. Sutherland**: Case of mania simulating general paralysis. (Fall von Manie, allgemeine Paralyse vortäuschend.)
(Brit. med. journ. Apr. 16. 1887.)

Pat., ein 27jähriger Kaufmann, kam mit folgenden Erscheinungen zur Behandlung: Heftige maniakalische Aufregung, incohärente Grössenideen; er hält sich für unermesslich reich, will für fabelhafte Summen, Pferde, Wagen, einen Harem, die Anstalt etc. kaufen, will 300 Mädchen an einem Nachmittage verführt haben u. s. w.

Körperlich bestand fibrilläres Zittern der Zunge, hesitirende Sprache und Ptosis des l. Augenlides.

Nach 3 Wochen wurde er etwas ruhiger, doch bestanden die Grössenideen noch fort.

Nach 3 Monaten widerrief er dieselben und begann sich zu beschäftigen. Nach 6 Monaten wurde er als anscheinend geheilt entlassen. Weitere Nachrichten liegen nicht vor.

Obgleich die Frage, ob man es, wie bei der Entlassung angenommen wurde, wirklich mit Manie und nicht mit einer in Remission übergegangenen progressiven Paralyse zu thun hatte, offen gelassen werden muss, so lehrt doch der Fall Vorsicht bezüglich der Prognose in ähnlich gearteten Fällen. Nagel (Halle a. S.).

---

356) **R. S. Stewart**: Observation on the spinal cord in the insane: being a thesis for the degree of M. D. (Beobachtungen über das Rükkenmark Geisteskranker, Inaug.-Diss.) (Brit. med. journ. 30. April 1887.)

S. fand in 18 Fällen verschiedenartiger Geisteskrankheiten degenerative Veränderungen im Rückenmarke, welche z. Th. jedenfalls als primär aufgefasst werden müssten. Sie bestanden theils in Faserschwund, theils in Degeneration der Ganglienzellen. Unter den Krankheitsfällen waren vertreten: Progressive Paralyse, Demenz, Melancholie, Imbicilität mit und ohne Epilepsie. Nagel (Halle a. S.).

---

257) **v. Krafft-Ebing** (Graz): Melancholie, Selbstbeschuldigungen. Fraglicher Werth derselben. (Gerichtsärztliches Gutachten.)
(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 38. Jahrg., 2. Heft März und April.)

September 1882 verschwand der kleine Sohn des Arztes P. in M. Februar 1884 fand man sein Gerippe im Walde unter Umständen, die auf einen Mord hindeuteten. Der Thäter blieb unermittelt. August 1885 wurde durch Angaben von drei Frauen, die mit Marie W. von Mitte Februar 1884 bis Mitte Januar 1885 in gemeinsamer Haft sassen, auf Grund von dieser gethaner Aeusserungen auf sie der Verdacht gelenkt, dass sie gemeinsam mit ihrem Manne das Kind ermordet habe. Auch soll dieselbe Januar 1885 einen plötzlichen Wahnsinnsausbruch gehabt haben, nachdem sie schon vorher eine Zeit lang still und

insichgekehrt war. Im Spital zeigte sie sich hochgradig deprimirt, schlaflos, verweigerte die Nahrung und machte einen Selbstmordversuch durch Erdrosseln. Am 3. März 1885 kam sie nach der Irrenanstalt F. und erschien geistig erschöpft, im Juni noch leicht ängstlich, Ende August in voller Reconvalescenz. Sie giebt an, von kopfkranker Mutter zu stammen, die an Schlagfluss starb. Sie war nie besonders krank, mit 15 Jahren menstruirt, hat 7 mal ehelich geboren. Im Strafhause wo sie wegen Diebstahl sass, sei sie geistig erkrankt und erinnere sich an Gehörs- und Gesichtshallucinationen. 31. Oktober 1885 wird sie geheilt entlassen. 7. August 1886 wieder wegen Diebstahls in Haft, erinnert sie sich bei Vernehmung der Mordsaffaire, stellt aber jede Schuld in Abrede. Auch ergiebt es sich als unwahrscheinlich, dass sie zur Zeit des Mordes am Thatorte verweilte. *Persönliche Exploration.* Die W. beantwortet alle Fragen prompt und ohne Hinterhalt, erscheint anämisch aber körperlich und geistig normal. Im Sommer 1884 habe ihre Krankheit mit Schlaflosigkeit begonnen, im Herbst Verschlimmerung durch Missionspredigt. Anfang 1885 hält sie sich an allem Unglück der Welt schuld u. s. w. Für ganze Abschnitte der Krankheit hat sie gar keine, oder nur summarische Erinnerung. Auch dass sie von der P.-Affaire delirirt habe,erinnert sie sich nicht, hält es jedoch für möglich. Zur Zeit des Mordes habe sie anderswo gearbeitet. Vor 1884 sei sie nie geisteskrank gewesen.

Gutachten. 1. Marie W. ist gegenwärtig nicht geisteskrank.

2. Auch für eine Geisteskrankheit in 1882 ergeben sich keine Anhaltspunkte.

3. Dagegen entspricht es der alltäglichen Erfahrung, dass M. W., die vom Sommer 1884 ab, ein Jahr lang an schwerer Melancholie litt, Ereignisse, zu denen sie in gar keiner Beziehung stand, zum Gegenstand angeblich eigener Wahrnehmungen oder Handlungen machte.

4. Die Annahme, dass Explorata eine schwere Schuld auf dem Gewissen habe und durch Gewissensbisse an Melancholie erkrankte, ist psychologisch nicht haltbar. L a n d s b e r g (Ostrowo).

---

258) v. **Krafft-Ebing** (Gratz): Versuchter Giftmord. Paranoia persecutoria. (Gerichtsärztliches Gutachten.)

(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 38. Jahrg., 3. Heft Mai und Juni.)

Spec. facti und Akten. Am 13. 4. 86. erkranken Schwiegersohn, Tochter und 13 jähr. Ziehsohn an Arsenvergiftung nach dem Genuss von Brod, das am 10. von Juliana H. gebacken war. In dem Getreidekasten hatte sich neben dem Brod-Mehl auch gelber Arsenik befunden. Der Ehemann der J. H. hatte im Januar Esswaaren daraus gestohlen. Bei seiner Verhaftung fand er sich im Besitz von etwa 250 Gr. weissen Arseniks. H. ist 42 J. alt gut beleumdet und hat bis vor 2 Jahren in guter Ehe gelebt. Im ersten Verhör gesteht er den Diebstahl, sowie dass er dabei von dem gelben Arsenik ins Mehl gestreut habe und motivirt die erstere Handlung mit mangelhafter Be-

köstigung, die zweite mit Hass gegen seine Angehörigen, denen er habe Bauchzwicken machen wollen. Im 2. und 3. Verhör widerruft er die Vergiftung und beschuldigt seine Frau derselben, die ihn habe in Verdacht bringen wollen, führt auch eine Reihe von Thatsachen an, aus denen hervorgehen soll, dass Frau, Tochter und Schwiegersohn sich gegen ihn verschworen haben. Seine Angehörigen, unbescholtene und geachtete Leute, konstatiren bei H. eine seit einigen Jahren aufgetretene Aenderung des Charakters, die sich in überhandnehmendem Geiz, Streitsucht und Feindseligkeit äussere. Zuletzt habe er seine Frau gemisshandelt, auch den Schwiegersohn einmal mit dem Sackmesser verletzt.

Explorations-Ergebnisse. H. giebt bereitwillige Auskunft über seine Verhältnisse. Er ist ehelicher Sohn, weiss über die Gesundheit seiner Eltern Nichts anzugeben, ist Analphabet, war Soldat, will, bis auf eine Lungen-Entzündung, stets gesund gewesen sein. Mit seiner vor 11 Jahren geheiratheten, jetzt 56 J. alten Frau, habe er bis vor $1^1/_2$ J. gut gelebt, da sei sie ganz umgewandelt worden.. Eine gewisse B., mit der er einmal Streit gehabt, habe sie und die ganze Verwandtschaft verhext. Er giebt nun auch von ihm gehörte Aeusserungen seiner Angehörigen an, aus denen hervorgehen soll, dass sie ihm nach dem Leben trachteten, ihn vergiften wollten. Dass er sich eines Diebstahls schuldig gemacht, vermag er nicht einzusehen. Den G. habe er in der Nothwehr gestochen. In der Haft erschien H. andauernd nervös, misstrauisch, hält sich abseits, verlangt Verhandlung. Die körperliche Untersuchung ergiebt, ausser Blutarmuth, nichts Abnormes. *Gutachten.* Christian H. hat sich in den letzten Jahren in Charakter, Benehmen und Handlungsweise ganz geändert. Aeussere Ursachen dafür sind nicht aufzufinden. Damit entsteht der Verdacht, dass die Aenderung der geistigen Persönlichkeit durch geistige Störung bedingt sei. Seine Lebensgeschichte ist wenig aufgeklärt, doch ergeben sich gewichtige Anhaltspunkte für das Bestehen von Verfolgungswahnsinn (paranoia persecutoria). Seine Wahnvorstellungen werden durch Gehörstäuschungen (Ilusionen, wenn nicht gar Hallucinationen) gestützt. Vorkommnisse fasst er falsch auf und ist einer Belehrung unzugänglich. Seine Wahnideen werden in ein logisches System gebracht, wonach er stets der unschuldig Verfolgte ist. H. ist demnach wahnsinnig, obwohl in dem relativ frühen Stadium der Krankheit ihm noch Reste von Besonnenheit zu Gebote stehen. Er bedarf der ferneren Beobachtung in einer Irrenanstalt, um seine Gemeingefährlichkeit und Unheilbarkeit zu entscheiden. Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

I. Societé medico-pratique zu Paris.

(Union médicale Nro. 19. 1887.)

359) **Schwartz** beobachtete eine schwere Schädelverletzung auf dem behaarten Kopftheil mit Commotionserscheinungen. Die Temperatur

stieg schnell auf 39 Grad, dabei Erbrechen und Aufregung. Am folgenden Tage weder Lähmung noch Contractur, aber Unmöglichkeit auf Fragen zu antworten. Auf dem oberen und hinteren Theile des Seitenwandbeins eine dreiwinkelige Wunde mit Knochendepression. Zwei Knochenstücke waren ins Gehirn gedrungen und Gehirnmasse quoll hervor. Trepanation und Hebung der beiden Knochenfragmente. Mit Ausnahme des Auftretens einer Herpesbildung an der Lippe und einer kurzen Temperatursteigerung auf 40 Grad in den ersten Tagen glatte Heilung ohne Nachtheile in 8 Wochen.

Für **Battey** ist die *Claustrophobie* nicht eine andere Art Agoraphobie, sondern gehört in die Reihe der Delirien mit Bewusstsein. Sein Kranker hatte keine nervösen Antecedentien, war jedoch Arthritiker und ebenso seine aufsteigende Verwandtschaft. B. betont die intime Verwandtschaft der neuropathischen und arthritischen Diathese. Im Anschluss daran erzählte Ory den Fall einer jungen Frau, welche sich zum ersten Male aus dem Wochenbett erhebend, heftig beim Verschluss der Thüren eines Zimmers erschrak und seitdem nicht zu bewegen war in einem geschlossenen Wagen zu fahren. Die neuropathisch und zugleich arthritisch veranlagte Patientin war sehr bald geheilt.

Rohden (Oeynhausen).

II. Societé médicale des hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 11. Februar 1887. (Union médicale Nro. 23.)

360) **Gingeot** behauptet bei der Mittheilung einer Beobachtung über prähemiplegische Hemichorea, dass ausser Charcot's drei Fällen nur noch sechs solcher Fälle beobachtet seien. Eine 67jährige neuropathische Patientin mit arthritischer Verwandtschaft hatte seit einiger Zeit permanentes Kältegefühl und leichten Kopfschmerz. Zwei Tage nach einem heftigen Schreck beim Straucheln auf der Treppe empfand sie plötzlich Schwindel und ohne Bewusstseinsverlust war der linke Arm in seiner Kraft geschwächt. Am folgenden Tage, als alles geschwunden war, zeigten sich choreiforme Bewegungen der linken Körperseite, ungeordnet, in alternirender Hebung und Senkung bestehend, die sich anfänglich steigerten, aber nach einigen Stunden geschwunden waren und daranf die Parese der linken Seite deutlich hervortreten liessen. Es erfolgte fast vollkommene Heilung. Anästhesie, sonst immer vorhanden, soll gänzlich gefehlt haben und G. glaubt die geringe Hirnblutung habe in zwei Zeiten stattgefunden und wagt nicht die Localität derselben zu bestimmen.

Rohden (Oeynhausen).

III Académie de sciences zu Paris.

(Union médicale 1887. Nro. 8.)

361) **Maurice Letulle** überreicht eine Arbeit über experimentelle Quecksilbervergiftung und über periphere Nervenläsion bei derselben. Er fand in seinem Krankenhaus eine Reihe berufsmässiger Quecksil-

bervergiftungen, denen ähnlich, die er in Almaden sah, und deren Symptome er schildert: häufiges Befallensein eines oder mehrer Glieder, Erhaltung der faradischen und galvanischen Contractilität, Abwesenheit von Atrophie und Sehnenreflexstörungen, Nebeneinanderbestehen sensitiver und motorischer Anomalien in den befallenen Regionen. Er injicirte Thieren Sublimat, liess sie Quecksilberdämpfe oder das Nitrat inhaliren.

Die Nervenfasern, welche in directe Berührung mit Sublimat gekommen waren, zeigen schnelle regressive Alteration des Myelin bei Erhaltensein der Axencylinder; bei den langsamer Vergifteten dieselben Erscheinungen, aber langsameren Verlaufs.

Rohden (Oeynhausen).

IV. Societé de médecine zu Paris.

Sitzung vom 22. Januar 1887. (Union médicale 1887. Nro. 17.)

362) **Larrogue** verliest eine Notiz über die Anwendung des Acetanilid's bei Tabes, welches nach Dujardin-Beaumetz die Hyperexcitabilität des Rückenmarks mindern, nach Lépine gegen die blitzähnlichen Schmerzen wirken soll. Es muss nach letzterem Autor in Dosen von 0,5—1,0 Gramm, aber auch nicht weniger gereicht werden und soll dem Morphium, Salicyl, den Aetherzerstäubungen und dem Chlormethyl überlegen sein. Charcot giebt es sogar bis zu 3 Grm. Reliquet hat es bei heftigen Blasenschmerzen eines Atactischen gegeben ohne Erfolg. Die Discussion schweift auf allerlei Themata der Tabes ab. Rohden (Oeynhausen).

V. Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 8. März 1887. (Union médicale Nro. 33. 1887.)

364) **Lagneau** spricht sich in längerer, interessanter Auseinandersetzung über die *geistige Ueberbürdung und übermässige Sitzarbeit* der Schulen aus und hebt die fatalen Folgen derselben hervor. Dujardin-Beaumetz stimmt ihm bei. Für ein Referat ist der Vortrag ungeeignet.

Sitzung vom 19. April 1887.

) **Folet** verliest eine Arbeit über *traumatische Encephalocele.* In einer angelegten Trepanationsöffnung entstand ein pulsirender Tumor, den er abtrug. Es erfolgte Heilung. Die histologische Untersuchung ergab embryonäres Bindegewebe von breiten, dünnwandigen Gefässen durchsetzt, eine Art von gefässreichen, gutartigen Sarcoms, ausgegangen von Granulationen, welche die Pia bedeckten. Der Autor meint, dass in den meisten Fällen der Encephalocele es so sein dürfte.

Rohden (Oeynhausen).

VI. Academy of Medicine zu New-York.

Sitzung vom 8. März 1887. (The Medic. Record. 19. März 1887.)

) **A. D. Rockwell**: *The value of electricity in the treatment of epilepsie.* B. stellt folgende Sätze auf.

1. Die Electricität besitzt einen gewissen Werth in der Behandlung der Epilepsie; zwar kann sie, allein angewandt, dieselbe nicht heilen, wohl aber gelingt dies zuweilen in Verbindung mit den Bromiden, wo diese allein nichts nützten.

2. Der Nutzen der Electricität zeigt sich hauptsächlich in den Fällen, in welchen die Attacken Nachts erfolgen.

3. Centrale Galvanisation und allgemeine Faradisation ist die am meisten wirksame Methode.

4. Auch da, wo die Electricität ohne Einfluss auf die Epilepsie selbst ist, erleichtert sie noch oft die Leiden der betreffenden durch Milderung gewisser neurasthenischer Symptome.

5. Bromide werden besser vertragen und die Brom-Acne vermindert durch den systematischen Gebrauch der Electricität.

6. Bei Anwendung der centralen Galvanisation ist vor Allem darauf zu sehen, dass Unterbrechungen des Stromes vermieden werden da sonst leicht Anfälle hervorgerufen werden können.

Voigt (Oeynhausen).

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten das Abonnement auf das III. Quartal 1887 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. Juli 1887. Nro. 13.

Inhalt.

I. Originalien. Athetosis bilateralis. Eine casuistische Mittheilung von Dr. Kurella in Owinsk.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. **Richter**: Cyclopie, Arhinencephalie und einblasiges Gehirn. **Thomsen**: Ueber die aus veränderten Ganglienzellen gebildeten Hirnnervenherde. II. Berliner medicinische Gesellschaft. **Uhthoff**: Anatomische Sehnervenveränderung in Folge von Alkoholismus nebst Bemerkungen über Intoxicationsamblyopie und retrobulbäre Neuritis.

III. Referate und Kritiken. **Hamilton**: Bemerkungen über die Leitungsbahnen zwischen der Hirnrinde und den tiefern Centren in physiologischer und pathologischer Beziehung. **Onufrowicz**: Das balkenlose Microcephalengehirn Hofmann. **Reinhard**: Zur Frage der Hirnlocalisation mit besonderer Berücksichtigung der cerebralen Sehstörungen. **Barr**: Hirnabscess nach Ohrenerkrankung. **Adsersen**: Ein Fall von doppelter Athetose. **Hallager**: Unterbindung der Vertebralis gegen Epilepsie. **Holm**: Anosmia syphilitica. **Nieden**: Pulsirender Exophthalmus mit Hirnnervenlähmung. **Purtscher**: Neue Beiträge zur Frage der Erythropsie. **Löwenfeld**: Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. **Jahresbericht** der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs und Klosterneuburg pro 1884.

IV. Aus den Vereinen. Physical. med. Gesellschaft zu Würzburg.

I. Originalien.

Athetosis bilateralis.

Eine casuistische Mittheilung von Dr. KURELLA in Owinsk.

Der hier mitzutheilende Fall doppelter Athetose beansprucht ein gewisses Interesse dadurch, dass er zum ersten Mal für diese Krankheit einen Sectionsbefund gibt.

Aber selbst, wenn man gegen Oulmont, Clay, Shaw u. A. die Sonderstellung der doppelten Athetose gegenüber der Hemiathetose bestreitet, verdient unser Fall ein gewisses Interesse, da für die etwa 160 bisher publicirten Fälle von Athetose nur 17 Sectionen vorliegen.

Eine sehr erschöpfende Darstellung der Literatur der Athetose ist neuerdings von Greidenberg gegeben worden; er hat aber von

seiner Darstellung gewisse Formen ausgeschlossen, „die sogenannte primäre, idiopathische und die beiderseitige, die ich in einer besonderen Arbeit beschreiben werde".*) Bisher hat er das nun noch nicht gethan. Ich will hier aus rein practischen Gründen von der vorläufigen Voraussetzung ausgehen, dass wir es bei der doppelseitigen Athetose mit einer besondern Krankheitsform zu thun haben.**)

Wie aus der unten gegebenen Zusammenstellung erhellt, sind bisher 22 Fälle der Krankheit publicirt worden, bei keinem dieser Fälle liegt ein Sectionsbefund vor.

Der Kranke A. L., Ende 1848 geboren, von jüdischer Herkunft, wurde am 15. Mai 1884 in die hiesige Provinzial-Irrenanstalt aufgenommen. Sein Vater, Privatlehrer des Hebräischen, war vom 40. Jahre ab geisteskrank, hatte Neigung zum Vagabundiren, litt an einer „Chorea ähnlichen Krankheit" und starb „am Gehirnschlage". Die Schwester dieses Vaters ist blödsinnig, ein Bruder unseres Patienten „geisteskrank".

L. war bis zum 12. Jahr gesund; ziemlich plötzlich erkrankte er an „krampfähnlichen Anfällen", die ihn häufig zwangen, die Schule zu versäumen, doch war er häufig so weit Herr seiner Bewegungen, dass er Schriftsetzer werden konnte und als solcher sein Brod verdiente. Vom 16. Jahr ab zeigte sich sehr ausgeprägt der Hang zum plötzlichen Verlassen seiner Stelle und zum Vagabondiren.

1870 war Patient so weit frei von Krämpfen, dass er beim Ersatz-Bataillon eintreten konnte, wo er $2^1/_2$ Jahr diente. Seitdem war er für seine Familie verschollen, bis er im Jahre 1882 plötzlich wieder zu Hause auftauchte, ganz hülflos, fortwährend von den bizarrsten Bewegungen geschüttelt und hochgradig schwachsinnig.

Bis kurz vor seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt sistirten die krankhaften Bewegungen wenigstens im Schlaf, mit dem Eintritt der wärmeren Jahreszeit aber war er Tag und Nacht in schüttelnder Bewegung. Bei der Aufnahme contrastirte zunächst die hochgradige Anaemie und der Mangel jeden Fettpolsters mit der auffallenden Musculosität des Patienten. Die nähere Untersuchung ergab ausser einem

---

*) Archiv für Psychiatrie XVII. p. 179.

**) Von der Krankheit finden sich in der mir zugänglichen Literatur folgende Fälle:

Friedenreich:	Atetose. Kopenhagen 1879. Fall 42—48. (6 Fälle.)
Clay Shaw:	On Athetosis or Imbecillity with Ataxia St. Barthol. Hosp. Report. 1873 (7 Fälle).
Oulmont:	Etude clinique de l'athétose. Paris 1878 (3 Fälle.)
Pollak:	Doppelseitige Athetose. Berliner klin. Wochenschrift 1880. p. 480. (1 Fall.)
Brousse:	2 Fälle. (Referirt in Schmidt's Jahrbüchern 1881, p. 193.)
Roller:	Ein Fall von Chorea spastica. Archiv f. Psychiatrie. 1885. Bd. 16, p. 826. (1 Fall.)
Warner:	Double Athetosis. Brain XIII. (1 Fall.)
Adsersen:	Bidrag til Kasuistiken af den „dobbelte Atetose" Hospitals-Tidende 1886, Nro. 49 u. 50. (1 Fall.)

sehr grossen Schädel (Durchmesser 193:160 mm. Schädelumfang 560) keine Abnormitäten der allgemeinen Körperform. Von dem Befunde der inneren Untersuchung will ich nur das wichtigste, eine starke Infiltration beider Lungenspitzen, und am Herzen eine erhebliche Hypertrophie des linken Ventrikels hervorheben. Die Sensibilität und die Sinnesorgane zeigten keine groben Abweichungen, feinere Untersuchungen scheiterten meist an der, sich dabei immer mehr steigernden motorischen Unruhe des Patienten.

Die Muskeln waren überall sehr kräftig entwickelt, besonders an beiden Unterarmen. Ihre faradische Erregbarkeit war normal. Die Reflexbewegungen auf die quergestreifte Muskulatur erschienen überall gesteigert, an der unwillkürlich innervirten Muskulatur erschienen sie dagegen träg, besonders an der stark erweiterten r. Pupille.

Die Sehnenphänomene waren dagegen sehr gesteigert, und öfters wiederholtes Beklopfen der Patella führte zu einem tonischen Krampf der Kniestrecker. Die gesammte willkürliche Muskulatur, soweit sie zwei Knochenpunkte verbindet, war in steter Unruhe, nur Diaphragma und Thoraxmuskeln waren frei davon, sowie die Muskeln der oberen Kopfhälfte. Dagegen sind die mimischen Muskeln der unteren Kopfhälfte in fortwährender Bewegung, die nicht den Character der Zuckung oder choreatischer Krämpfe hat, sondern ganz den absichtlicher Grimassen trägt, wie man sie so häufig bei der Manie sieht. Beim Anreden steigern sich diese Grimassen zu grässlichen Verzerrungen, die weit über die bekannten Züge der antiken Komödienmasken hinausgehen; diese Steigerung besteht aber nur in einer Zunahme in Ausbreitung und Intensität der Bewegungen, nicht in einer Zunahme der Geschwindigkeit.

Gleichzeitig werden die Finger, auch wenn der Kranke nicht beobachtet wird, fortwährend abwechselnd gespreizt, gestreckt und gebeugt; sie collidiren dabei häufig miteinander und verwickeln sich unter einander; gleichzeitig führt der stark abducirte Unterarm langsam rotirende Bewegungen aus, die genau so aussehen, wie die Bewegungen, die man beim Schliessen eines starken, verrosteten Schlosses macht.

Die Bewegungen sind bilateral, aber nicht symmetrisch, auch ohne gemeinsamen Rythmus, sodass es vorkommt, dass alle Finger der linken Hand stark flectirt sind und der Unterarm auf dem Knie liegt, während der rechte Arm sich wie in „verhängter Auslage“ befindet und die Finger wie beim *Mora-Spiel* sich bewegen.

Der Kopf wird häufig nach hinten geworfen, dann tritt ein Stampfen und Scharren der Füsse, Greifbewegungen der Zehen, Rotations-Benge- und Streckbewegungen des Rumpfes ein.

Ich will, ehe ich den psychischen Zustand des Kranken bespreche, gleich an dieser Stelle auf die Analyse der motorischen Störungen eingehen.

Es liegen für die Athetose schon eine Reihe sehr malerisch und plastisch gehaltener Beschreibungen vor, — Strümpell giebt sogar einige brillante Holzschnitte besonders bizarrer Fingerstellungen — aber alle solche Beschreibungen haben doch mehr eine stilistische, als eine wissenschaftliche Bedeutung.

Es giebt heute zwei wissenschaftlich ausreichende Methoden der Beschreibung derartiger motorischer Vorgänge: die Augenblicksphotographie und die graphische Registrirung. Marey hat die erstere Methode ja auch schon für pathologische Bewegungen verwendet, die graphische Registrirung ist für motorische Störungen meines Wissens zuerst von Grashey angewendet worden; er hat mit dem Marey'schen Sphygmographen die Schwingungen der Hand bei Paralysis agitans aufgeschrieben.*) Eine sehr exacte und leistungsfähige Methode hat schon vor einigen Jahren Warner angegeben; sein „motor gauntlet" (motorischer Handschuh) ist im wesentlichen eine Modification der Marey'schen Kapsel-Methode, und registrirt die Bewegungen jedes Gelenks einer Hand selbstständig. Er theilt auch Curven mit, die er mit seinem Apparat an Choreatischen und Athetotischen gewonnen hat.**) Diese Curven ergeben zwischen den Bewegungen bei diesen Krankheitsformen characteristische Unterschiede. Ich selbst war bei meinen Beobachtungen ohne alle exacten Hilfsmittel; durch genaues, an einem sehr scharf markirenden Secundenwerk durchgeführtes Zählen habe ich nun folgende Resultate gefunden. Für die Frequenz der Bewegungen ergab sich, indem jedesmal während einer Minute ein bestimmter Finger beobachtet wurde, zu verschiedenen Zeiten (Juni, November, Februar):

1)	Mittelfinger. (Juni) Beugungen in einer Minute	43	links.
2)	Zeigefinger. (November) „ „ „ „	50	
3)	Daumen. (Februar) „ „ „ „	38	
4)	Handgelenk. (Mai) „ „ „ „	14	rechts.
5)	Unterkiefergelenk (Mai) „ „ „ „	33	
6)	Kniegelenk „ „ „ „	37	
	Nach energischem Befehl zur Ruhe:		
	erste halbe Minute	3	
	zweite halbe Minute	11	
7)	Metatarso-Phalangealgelenk; grosse Zehe r.	31	
	ebendaselbst kurz vor dem Essen	50	
8)	Herausgestreckte Zunge, vor- und rückwärts ziehen	18	
9)	Dorsalflection des Kopfes im Schlaf	13.	

Was die Vertheilung der Bewegungsfrequenz auf beide Hände betrifft, so ergab sich, während zehn Minuten, in denen jeder Finger für sich eine Minute lang beobachtet wurde:

	Links	Rechts
A. (Daumen)	53	40
B. (Zeigefinger	30	27
C. (Mittelfinger)	18	37
D. (Ringfinger)	27	18
E. (Kleiner Finger)	49	38.

*) Archiv für Psychiatrie Bd. 16. p. 857. — Uebrigens hat neuerdings auch Charcot die graphische Methode auch für die Athetose verwendet. (Neue Vorlesungen. p. 15. p. 172.)

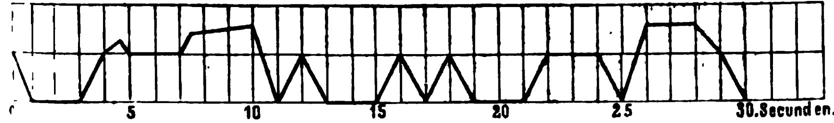
**) British Medical Journ., 22 September 1883. Vgl. auch Warner's „Physical Expression," London 1885. passim. Empfehlenswerth wäre zur Registrirung auch der sehr einfache und leistungsfähige Apparat, den Preyer in seinem Buche über das Gedankenlesen angiebt.

Diese Zahlen berechtigen allerdings in hohem Grade den Vergleich zwischen den Athetosebewegungen und den Bewegungen eines Klavierspielers. Wenn man die ersten 27 Tacte der Beethoven'schen Sonate Opus 26, as-dur, mit mässiger Geschwindigkeit spielt, so ergiebt sich nach dem obenstehenden Schema, innerhalb der dazu nöthigen Minute:

	Links	Rechts
A.	44	40
B.	25	41
C.	11	29
D.	10	22
E.	26	50.

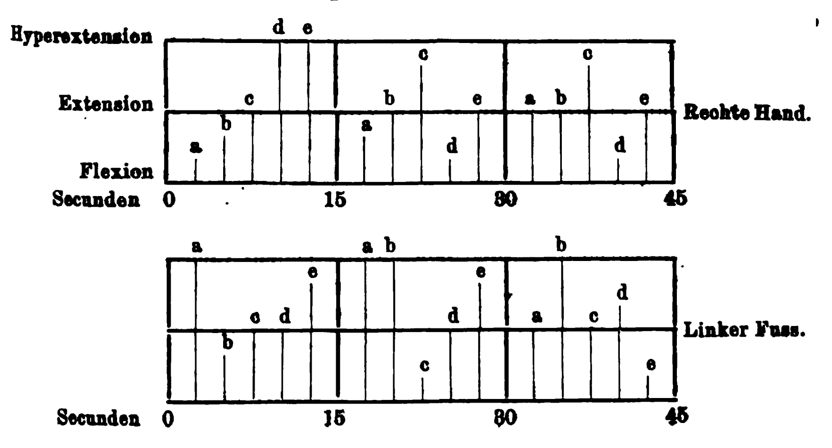
Freilich fehlte bei L. die Coordination der Bewegungen im Hand- und Schultergelenk mit den Fingerbewegungen, die den Klavierspieler auszeichnet.

Die einzelnen Bewegungen eines einzelnen Fingers waren an sich sehr verschieden lang. So gab eine möglichst genaue Analyse für eine halbe Minute, am Metarcapalgelenk des linken Zeigefingers:



Die Mittellinie bedeutet Extension, die untere Flexion, die obere Hyperextension.

Am leichtesten liessen sich diese Beobachtungen machen, wenn der Unterarm des Kranken fest auf einer Unterlage ruhte, während die Metatarso-Phal.-Gegend frei über den Tischrand ragte. Aehnlich war der zeitliche Verlauf der Zehenbewegungen an beiden Füssen, hier kam es nicht zu so grotesken Bewegungen, wie an den Händen, wo das oft recht unglückliche Interveniren des Daumens die sonderbarsten Stellungen mit sich brachte. In einer Beobachtungsreihe wurde am Ende jeder Viertelstunde die dann vorhandene Position von Fingern und Zehen markirt; dabei ergab sich:



Die Excursionsweite der einzelnen Bewegungen war gewöhnlich nicht grösser, als bei den willkürlichen Bewegungen Gesunder, nur die Extension der Finger ging über das Normale hinaus. Auch die Geschwindigkeit der einzelnen Bewegungen unterschied sich wenig von der normaler Handlungen. Dagegen wurde eine grosse Muskelkraft von L. entwickelt, ganz besonders bei oft ganz brüsk auftretenden Bewegungen des Beckens und der Wirbelsäule, die ihn häufig vom Stuhl, häufiger aber noch Nachts aus dem Bette wärfen, sodass er sich mehrmals stark blutende Verletzungen am Kopf zuzog.

Die Bewegungen waren, wie gesagt, auf alle Skelettmuskeln und ausserdem auf alle der Articulation der Sprache dienende Muskeln ausgedehnt, (auch den levator palati) während Augen und Kehlkopfmuskeln ganz frei blieben, ebenso die mimischen Gesichtsmuskeln, die an den Articulationsbewegungen der Sprache nicht theilnehmen; deshalb war auch ein Ausdruck des Affects bei L. nur an der Stirn und der Umgebung der Augen wahrzunehmen. Der Frequenz der Bewegungen nach ordnen sich die einzelnen Muskelbewegungen:

1) Extensoren der Finger rechts.
2) Flexoren „ „ „
3) Extensoren und Flexoren der Finger links.
4) Lippenmuskulatur. Interossei beiderseits.
5) Dorsalbewegung des Kopfes.
6) Strecken des Unterkiefers.
7) Kaumuskeln.
8) Zunge.
9) Extensoren und Flexoren der Zehen beiderseits.
10) Unterarmmuskeln beiderseits.

Eine weitere Classificirung liess sich für die übrige mitbefallene Muskulatur nicht mit Sicherheit durchführen, im übrigen zeigte es sich auch, — besonders am Radialis, Facialis und Hypoglossus, — dass verschiedene Muskeln eines und desselben motorischen Nerven, in sehr verschiedenem Maasse befallen waren. Die fraglichen Bewegungen hatten nun all ihren Eigenthümlichkeiten nach mehr den Character von Handlungen, als den von Krämpfen. Der Kranke selbst bezeichnete sie als eine Angewohnheit,*) und war unter gewissen Umständen fähig, sie zeitweise zu unterdrücken. Indirect konnte er das erreichen, wenn er sich allein in ein Zimmer zurückzog, wenn er ungestört las, und wenn er seine Mahlzeiten allein einnahm, in Summa, wenn er sich, ohne Affecten ausgesetzt zu sein, concentrirte. Beim Lesen wurden alle Bewegungen seltener und hatten geringere Excursionsweite; beim Essen waren, wenigstens in den ersten Wochen seines Anstaltsaufenthaltes, die dabei auftretenden Coordinationen von Hand-, Lippen- und Kieferbewegungen ziemlich sicher, die unwillkürlichen Bewegungen anderer Systeme dauerten dabei, ein wenig verringert, fort.

---

*) Etwas ähnliches erzählt Kirchoff bei seinem Fall von „Hemiathetose ohne Herderkrankung." Archiv f. Psychiatrie XIII p. 584.

Bei Bewegungen, die dem Kranken keine angenehmen Vorstellungen oder Empfindungen brachten, so beim Anziehen, Gehen, Schreiben, Sprechen nahm nicht nur die allgemeine Muskelunruhe, sondern auch die der zu innervirenden Muskelgruppen zu.

Zum Schreiben war er nur ein Mal zu bewegen; er schrieb Namen und Datum mit sehr ausfahrenden Grundstrichen und die Buchstaben in den verschiedensten Winkeln zueinander geneigt, zu jedem Strich neu ansetzend.

Die Sprache kam in mühsam einzeln hervorgequetschten,*) durch lange Pausen von einander getrennten Silben, mit gedämpfter, ganz unmodulirter Stimme, in scandirender Betonung heraus; die Articulation zeigte weder Zittern noch Stammeln, die einzelnen Consonanten klangen trotzdem ganz unbestimmt, r und l wurden kaum unterschieden, die Lippenlaute klangen blasend, die Zungen- und Gaumenlaute eigenthümlich schnalzend, häufig mischten sich zwischen einzelne Silben eigenthümlich gurgelnde und zischende Laute.

Beim Sprechen kamen, bald von den Lippen ausgehend, dann auf die Finger überspringend, allerlei immer heftiger und grotesker werdende Mitbewegumgen zu Tage, ohne dass jedoch die Initialbewegung, die Sprache, dadurch undeutlicher geworden wäre, als bei dem ruhigen Anfange der Unterhaltung. Es machte nicht den Eindruck, als ob sich der Innervationsimpuls für die Sprache allmählich durch Irradiation auf andere motorische Gebiete ausbreitete, sondern als wäre die im Anfang den Bewegungen entgegengesetzte Hemmung nun nicht mehr stark genug.

Von einem Einfluss der Affecte auf die Bewegungen konnte ich nichts constatiren, denn der Kranke schien ohne Affecte zu sein. Es ging ihm nach seiner eigenen Aussage stets gut, er war mit allem zufrieden, wünschte nichts, meinte höchstens „vielleicht kann mir mein Bruder etwas zu essen schicken“? ich habe nie Erröthen oder Erblassen, Herzklopfen oder Zittern bei ihm auftreten sehen, ob man ihn freundlich oder scharf behandelte, ob er hinfiel und sich verletzte, stets zeigte er dieselbe Erscheinung, dass auf jeden intensiven Eindruck ein breites Lächeln erschien, das sich bald zu grässlichen Grimassen unter lautem Auf- und Zuklappen der Kiefern steigerte. Aehnlich war das Verhalten bei jeder intendirten Bewegung, die ihm von aussen insinuirt wurde. Anfänglich erhebliche Verminderung aller im Moment vorhandenen Muskelunruhe, ziemlich coordinirter Beginn der geforderten Bewegung — nach kaum einer Minute zunehmende Unsicherheit dieser Bewegung, Auftreten heftiger Gesten in zahlreichen anderen Muskelgebieten, Steigerung der Unruhe zu heftiger Jactation, die ein Abbrechen der Unterrsuchung nöthig machte, worauf dann bald wieder der gewohnte Zustand eintritt.

Der Kranke ging sehr ungern, fiel gewöhnlich schon nach weni-

*) Auch Oulmont bezeichnet die Sprache bei der doppelten Athetose mit dem Ausdruck „wie aus dem Munde herausgezogen“. (Vgl. Schmidts Jahrbücher 1881. p. 193) und ähnlich schildert Adsersen (Hospitals-Tidende 1886 p. 1157) die Sprache bei seinem Fall.

gen Schritten und konnte dann nicht aufstehen, sondern zappelte am Boden in beängstigender Weise umher, ohne um Hilfe zu rufen oder ungeduldig zu werden. Die Bewegungen des Kranken, wenn er gehen sollte, bestanden in den sonderbarsten Stampf-, Schleuder- und Drehbewegungen, die ihn nur selten in horizontaler Richtung fortbewegten. Wenn er dann mit den Händen nach einem Halt suchte, kam es auch meist zu einem erfolglosen Herumfuchteln.

Contracturen bestanden nicht, nur kam es gelegentlich zu einer vorübergehenden Skoliose-Stellung der Wirbelsäule, sodass der Patient stark nach rechts überhing.*)

Die Athetosebewegungen behielten während der ganzen Krankheitsdauer ihren allgemeinen Character, nahmen aber allmählich sowohl an Intensität wie an Zahl der gleichzeitig ergriffenen Muskeln zu.

Anfangs hatten im Schlaf nur die Beuge- und Streckbewegungen des Kopfes und die doppelseitigen Fingerbewegungen fortgedauert. Im Lauf des Sommers 1884 steigerten sich aber im Schlaf die Bewegungen mehr, so dass der Patient oft durch seine Armbewegungen aus dem Bett geworfen wurde. Nachts bestand fast ununterbrochen heftiges Zähneknirschen.**) Er erklärte aber stets, er schliefe sehr gut.

Grössere, im Mai, Juni und Juli gegebene Dosen Bromkalium, bis zu 4,0 pro dosi, beeinflussten nur das Verhalten während der Nacht; der Kranke fiel nach Genuss dieses Medicaments nicht aus dem Bett. Eine ausgebreitete Furunkulose zwang, das Mittel auszusetzen; einige Wochen später wurden täglich 3 Esslöffel von folgender Mixtur gegeben:

Kal. bromat. 15,0
Solut. arsen. Fowl. 0,75
Aquae 150,0.

Der Erfolg war ein vorübergehender und Steigerung der Dose besserte nichts daran.

Opium, Morphium, Atropin, Belladonna, Chloralhydrat und Paraldehyd in kleinen und grossen Dosen schienen ohne Einfluss auf die motorischen Reizerscheinungen, ebenso hydriatrische Proceduren und schliesslich auch Jodkalium. Mit der Schlaftiefe schien vielmehr die nächtliche Jactation zuzunehmen.

Auch schien eine gewisse Beziehung zwischen der Wärmeregulirung und der Art der Athetose-Bewegungen zu bestehen. Im Hochsommer waren diese besonders heftig, nahmen im Herbst allmählich ab, steigerten sich aber zu Beginn des Winters wieder, als unter Ausbreitung der tuberculösen Infiltration in der Lunge und ziemlich rapider Cavernenbildung sich ein intermittirendes, mit starkem Schweiss verbundenes Fieber einstellte, das meist Maximaltemperaturen von 38,5—39,0 zeigte. Irgend ein Einfluss der Convulsionen auf das Bewusstsein (worunter ich hier die Perception und Apperception ver-

*) Dasselbe berichtet Roller; Archiv f. Psychiatrie XVI. p. 830.)

**) Dies Symptom, bei Affectionen der Dura häufig, ist wohl als Reflex auf motorische Quintusfasern aufzufassen, die bekanntlich auch die Kaumuskeln versorgen.

stehen will) liess sich nicht nachweisen. Nur einmal während der ganzen beinahe 11 Monate umfassenden Beobachtungszeit kam es zu totalem Bewusstseinsverlust. Es geschah dies am 10. September 1884, einem sehr heissen Tage. Der Kranke verlor nach einer sehr reichlichen Mahlzeit, während welcher er schwach geworden war und leicht geschwitzt hatte, das Bewusstsein, fiel zu Boden, lag einige Minuten ruhig und gerieth dann, im Bett auf der linken Seite liegend, in heftige Krämpfe, die jedoch nicht die geringste Aehnlichkeit mit epileptiformen Krämpfen hatten, sondern in einer Steigerung seiner gewöhnlichen Bewegungen an Ausdehnung und Stärke bestanden. Es waren von diesen Krämpfen alle Muskeln ergriffen, die bisher an der Athetose theilgenommen hatten, bis auf die Gesichtsmuskeln und die Zunge, welche diesmal absolut frei blieben; dagegen bestand heftiges Zähneknirschen, wobei Lippen, Zahnfleisch und vorderer Zungenrand verletzt wurden. Die Augen waren geschlossen, Augenachsen leicht convergent die Pupillen zeigten das gewöhnliche Verhalten, der Puls stieg auf 120 Schläge, die Temperatur erhöhte sich fühlbar, die Respiration war höchst unregelmässig und stertorös, die Exspiration blasend („fumant la pipe“). Reflexe waren nicht nachweissbar beeinflusst. Nachdem die Krämpfe $^{3}/_{4}$ Stunden gedauert hatten, gab ich 0,02 Morphium subcutan; nun hörten nach 5 Minuten die Zuckungen auf, es trat ruhiger Schlaf ein, in dem nur leise Bewegungen der Finger und spielende Zuckungen fortbestanden.

3 Stunden später wachte L. auf, zeigte complete Amnesie, es fielen mir eigenthümlich suchende, an Nystagmus erinnernde, aber willkürlich scheinende Bewegungen der Bulbi in horizontaler Richtung auf, und ich bemerkte, dass der Patient, der auf dem Rücken im Bette lag, mit der linken Hand zur Wand, nahe der Thür, sich nicht wie sonst suchend umdrehte, wenn Jemand zur Thür hineingekommen war und an seiner rechten Seite vorüberging. Dies Ignoriren von Dingen die an seiner rechten Seite vorgingen, blieb bis zu seinem Tode bestehen; meine Versuche eine annähernd genaue Bestimmung der Form des Gesichtsfeldes vorzunehmen, scheiterten an der sehr geringen Intelligenz des Pat. und an der beim Fixiren seines Interesses sich steigernden Muskelunruhe, sodass mir auch nicht gelang, meinen Befund den übrigen Anstaltsärzten in überzeugender Weise zu demonstriren. Der Patient selbst gab an, auf dem linken Auge undeutlicher zu sehen, als vorher. Eine complete Hemianopie schien nach allen Beobachtungen nicht zu bestehen, vielmehr eine Hemiamaurose, die dem für jede Apperception und Selbstbeobachtung sehr dementen Patienten nicht als solche zum Bewusstsein kam. Jeder gewissenhafte Beobachter wird bei Gesichtsfeld-Untersuchungen Blödsinniger doch stets mit vorsichtigster Kritik zu Wege gehen müssen. Einige Tage nach diesem Anfalle blieb der Patient noch sehr schwach; die Athetose war mehr ausgebreitet, besonders auch beim Sprechen, das Gehen noch mehr erschwert, seine Apathie noch grösser, das Gedächtniss sehr geschwächt, er konnte unmittelbar nach einem Erlebniss sich nicht mehr daran erinnern, und da er stets sehr guten Appetit hatte, klagte er, besonders kurz nach

den Mahlzeiten, wie ein Paralytiker, dass er nichts zu essen bekomme. Wegen zunehmender Hilflosigkeit blieb L. den ganzen November zu Bett, und zeigte im Schlaf besonders heftige Bewegungen, die nur, in ganz capriziöser Weise, gelegentlich nach grösseren Morphiuminjectionen abnahmen, doch fiel er auch dann jede Nacht mindestens einmal aus dem Bett.

Nach dieser längeren Bettruhe stand er Anfang December wieder auf und zeigte eine erhebliche Sicherheit bei willkürlichen Bewegungen, besonders auch beim Gehen. Bald aber trat eine neue Verschlimmerung ein, er musste schliesslich auf einem festen Stuhl mit Armlehnen, der dicht an den Tisch heran gerückt wurde, sitzen; liess in dieser Situation häufig Koth und Urin unter sich und musste gefüttert werden; die phthisische Zerstörung der beiden oberen Lungenlappen nahm rapide zu und am 12. März 1885 starb der Patient, nach einer reichlichen Abendmahlzeit, kurz nach dem Einschlafen ziemlich plötzlich um 10 Uhr Abends. Ich sah ihn erst am andern Morgen, bei completer, ganz gleichmässig verbreiteter Leichenstarre.

Ich habe mich bei dieser Skizzirung des Krankheitsverlaufs wesentlich an die motorischen Erscheinungen gehalten, erhebliche Störungen der Sensibilität und der Sinneswahrnehmung waren — abgesehen von der besprochnen Sehstörung — nicht festzustellen. Der erhebliche Schwachsinn des Patienten einerseits, die bei der Untersuchung sich steigernde Unruhe, andrerseits liessen freilich eine genaue Prüfung nicht zu. Die Schmerzempfindung war sicher unverändert, während das Allgemeingefühl und die Gemüthsstimmung durch einen hohen Grad von Indifferenz repräsentirt waren. Ich habe schon erwähnt, dass der Patient nicht in Affect gerieth, und wenn die bei der Unterhaltung, Beobachtung und Untersuchung sich steigernde Unruhe auch für das Vorhandensein von Affecten zu sprechen scheint, so ist dafür doch auch eine andre Erklärung möglich; die in diesen Fällen durch associirte Vorstellung erregten motorischen Centren bekamen zu der in ihnen vorhandenen autochthonen Erregung noch neue Impulse, es trat also eine Summation der Reize ein.

Die Intelligenz des Patienten war sehr abgeschwächt, das Gedächtniss behielt oft nicht für eine Stunde den Eindruck eines Erlebnisses, z. B. einer eben genossenen Mahlzeit; spontane Bewegung im Vorstellen schien gar nicht da zu sein, und von aussen angeregte Combination von Vorstellungen liess schnell nach; so las der Patient zwar und verstand einfache Sätze im Moment, konnte aber die einfachste Geschichte nicht nacherzählen und war auch unfähig, eine zusammenhängende Vorstellungsreihe aus der Vergangenheit zu reproduciren. Seine Erinnerungen waren discontinuirlich und vag.

Eigne Initiative zu Handlungen besass L. nicht; er musste an die Waschschüssel, an seinen Platz bei Tich geführt werden und blieb dann, wenn man ihn nicht fortführte, stundenlang waschend oder seinen

Teller abkratzend, am Fleck. Der psychische Zustand änderte sich während der Krankheitsdauer gar nicht.

Die *Section* wurde 25 Stunden p. m. ausgeführt. Es fand sich eine ausgebreitete phthisische Zerstörung beider Lungen, den übrigen unerheblichen Befund will ich übergehen und mich dem Befunde in der Schädelhöhle zuwenden.

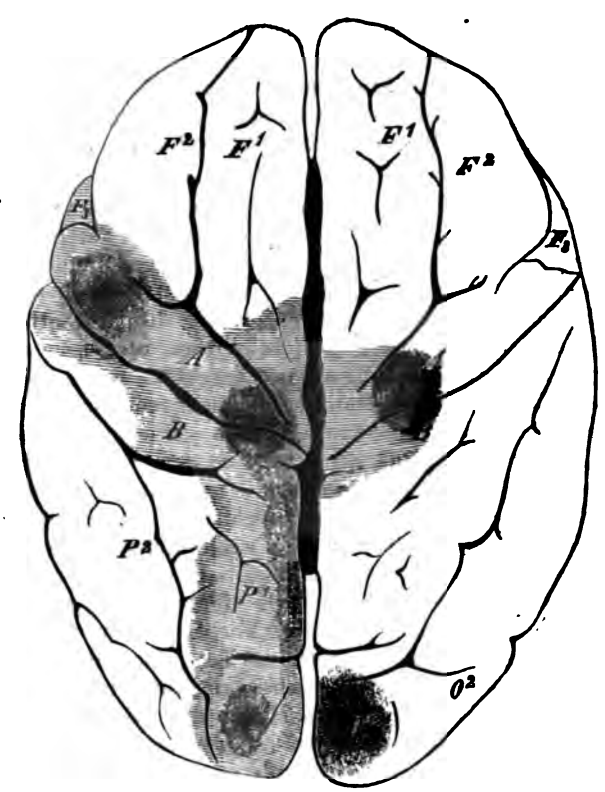
Knöcherne Schädelkappe ohne erhebliche Veränderung. Aeussere Fläche der dura mater feucht, an den hinteren Partieen bläulich durchschimmernd, über dem Stirnhirn gerunzelt und gefaltet. Innenfläche der dura *rechts* glatt; zeigt im vorderen Drittel eine diffuse rostbraune Färbung, die am hinteren Ende dieses Drittelsin eine leicht abziehbare, halbdurchsichtige, an vielen Stellen von erbsengrossen Blutungen durchsetzte Membran übergeht. Eine gleiche Membran, in der die einzelnen Blutcoagula mehr confluiren, zeigt das hintere, innere Ende der Innenfläche. Beim Anschneiden der linken Dura-Höhle kommt man zunächst in ein System von klaffenden, mit seröser Flüssigkeit gefüllten Hohlräumen; nach dem Abfliessen dieser Flüssigkeit zeigt sich die gesammte Innenfläche der linken Dura mit einer hellgelblichbraunen Membran von wechselnder Dicke überzogen, die zahlreiche Hohlräume in sich schliesst. Diese mit einander communicirenden Hohlräume enthalten theils eine morsche gelblichbraune, weiche Substanz, theils eine mehr bröckliche, tief braunrothe Masse; an einer Stelle, ungefähr an der Mitte des Längsblutleiters und an ihn grenzend, findet sich ein frisch aussehender Bluterguss, so dass hier die gesammte, der Dura aufgelagerte Masse eine Dicke von $2^1/_2$ Centimeter erreicht, und ähnliche noch frisch erscheinende Blutungen finden sich am hinteren Ende und an der vorderen Seitenfläche der r. dura.

Entsprechend diesen Auflagerungen zeigt die Hirnfläche beiderseits an verschiedenen Stellen concave Eindrücke, die an der untenstehenden Zeichnung durch Schattirung angedeutet sind.

Die untere, der Hirnbasis anliegende Fläche der Dura zeigt links an den Wänden der mittleren und hinteren Schädelgrube gleichfalls eine 2—5 mm. dicke, in Lamellen zerfallende, von Spalträumen durchsetzte, zusammenhängende, gelblichbraune Membran. Rechts an der Basis zeigt die Dura an vielen Stellen eine leichte Färbung in zwischen hellgelblichbraun und hellroth wechselnden Farbentönen.

Die *weiche Hirnhaut* zeigt links diffuse Trübung besonders stark über den centralen Scheitelwindungen, und ist über den klaffenden tiefen Furchen der linken Hemisphären durch eine sulzige Flüssigkeit stark gespannt. Sämmtliche Hirnhöhlen sind durch seröse Flüssigkeit stark ausgedehnt; die linken Centralwindungen sind schmal, ebenso die l. obere Hinterhauptwindung. Die Rindensubstanz zeigt an den verschmälerten und vertieften Windungen einen gelblich grauen Farbenton; hier adhärirt auch die weiche Hirnhaut unlösbar.

Die grossen Hirnganglien sind stark abgeplattet; Hirnmasse feucht, ziemlich derb.



Die Bezeichnung der Windungen nach Ecker.
Schattirte Partien: Druckstellen pachymeningitischer Herde.
Schraffirte Partien: Verbreitung histologischer Rindenalteration.

Hirngewicht mit der weichen Hirnhaut:	1130	gr.*)
Linke Hälfte	550	„
Rechte Hälfte	580	„
Obere Kappe der Dura	103	„
Linke Hälfte davon	68	„
Rechte Hälfte	35	„
Hirnmantel links	420	„
„ rechts	460	„

Die mikroscopischen Untersuchungen waren zunächst auf die sichtbar atrophischen Hirnwindungen und ihre Nachbarschaft gerichtet.

In diesen Windungen fand sich an frischen Zupfpräparaten zunächst eine erhebliche Menge von grossen Spinnenzellen in der äusseren Rindenschicht und an den feineren und feinsten Arterien neben massenhaften Rundzellen der Lymhpscheide ein hyaliner Zustand des Gefässes selbst, der mit Methylviolett keine Amyloid Reaction gab. Die grösseren Rindengefässe zeigten ausserdem eine sehr schwache

*) Nach den oben angegebenen Schädelmaassen hatte man ein Hirngewicht von etwa 1650—1700 gr. erwarten müssen.

Färbbarkeit ihrer Muskelkerne und häufig erschien ihr Lumen ganz verschwunden und der Querschnitt liess wohl die Form des Gefässes, aber nicht mehr seine Structur erkennen. Nach vollendeter Härtung in Müller'scher Flüssigkeit wurden die grob atrophischen Rindenpartien und ihre Umgebung, sowie auch alle andern Windungen der Convexität links in Schnittpräparaten verglichen.

Ueber das Verhalten der Ganglienzellen will ich mich nicht weiter auslassen, da die Härtung und die Carminfärbung zu wünschen übrig liessen; nur schien mir an einem Theil der rechten, an beiden linken Centralwindungen, an einem Theil des hinteren Endes aller drei linken Frontalwindungen, vielleicht auch an den in der Abbildung markirten Partien der l. Parietal- und oberen Occipitalwindungen die Anzahl der grossen Pyramidenzellen erheblich vermindert zu sein und es fand sich in dieser Rindenschicht ein Filz von Fasern die von Spinnenzellen herzurühren schienen.

Eine Untersuchung nach Weigert konnte ich nicht durchführen, dagegen gaben mir nach Golgi behandelte Präparate beider l. Centralwindungen die Spinnenzellen an der Peripherie der Rinde und in etwas tieferen Regionen in schärfster Weise. Eine sorgfältige Untersuchung des übrigen Hirns auf Spuren einer absteigenden Degeneration blieb ganz erfolglos; die Pyramidenbahnen sowohl, wie die Associationsfasern der erkrankten Rindenbezirke zeigten sich ganz intact.

Auf der oben gegebenen Figur habe ich durch Schraffirung die Ausbreitung der von mir angegebenen Veränderungen an der Rinde, angedeutet; man sieht, dass diese Rindenpartien sich unmittelbar an die von der Hämatommasse comprimirten Regionen anschliessen.

Ich würde die Grenzen einer casuistischen Mittheilung erheblich überschreiten, wenn ich mich mit allen bisher gelieferten Beschreibungen der doppelten Athetose hier auseinander setzen wollte.

Vergleicht man meinen Fall mit den beiden Fällen von Roller*) (Chorea spastica) und Adsersen, so fällt die Aehnlichkeit in die Augen. Ich will hier nur hervorheben, dass in allen drei Fällen (und auch in den Fällen von Shaw) die Krankheit in die Kinderjahre fällt, dass von allen coordinirten Bewegungen das Gehen am meisten erschwert ist; und wenn in meinem Falle, den beiden citirten entgegen, die Bewegungen im Schlaf persistirten, so war das doch erst seit kurzer Zeit der Fall.

Die progressive Entwickelung bei dem vorliegenden Fall ist höchst auffallend. Im Alter von 12 Jahren bemerkten die Angehörigen die Krämpfe; mit 22 Jahren wurde L. noch Soldat; darf man da nicht annehmen, dass die Störung eine congenitale war, wie bei einzelnen der Fälle von Shaw und Oulmont, und dass die Störungen vom ersten bis zum zwölften Jahr sich ebenso langsam steigerten, wie vom 12. bis zum 22., wo L. noch Soldat werden konnte?

Einzig ist in meinem Falle die hereditäre Belastung und man

---

*) Auch Adsersen hält den Fall Roller's für Athetose; der Fall von A. ist in dieser Nummer referirt, so dass meine Leser selbst vergleichen können.

fühlt sich geneigt, die „chorea-ähnliche“ Krankheit des Vaters für den Keim der Athetose des Sohnes zu halten.

Die Pachymeningitis darf wohl als Folge der allgemeinen Hirnatrophie, und diese selbst als Consequenz des primären Krankheitsprocesses der Rinde gelten. Dass die Atrophie und das Hämatom ihrerseits wieder auf den Zustand der Rinde erheblich rückgewirkt haben, und dass somit der ursprüngliche Prozess verwischt worden ist, lässt sich wohl annehmen.*) Die nach Apoplexien und als Symptom secundärer Degeneration auftretende Hemiathetose ist mit dieser Entstehung wohl von dem diffussen rein corticalen Prozesse des vorliegenden Falls scharf getrennt. Die Aehnlichkeit der motorischen Erscheinungen lässt sich dadurch erklären, dass in beiden Categorien von Erscheinungen es sich um ein Absterben centraler Elemente des Pyramidensystems handelt, und für unsern Fall der Rindenaffection ist es denkbar, dass dem langsamen Degeneriren der einzelnen motorischen Rindenelemente ein langes Stadium erhöhter Erregbarkeit vorausging. Die zahllosen Erregungen, die auf dem Wege der Association und Irradiation jedes Rindenelement der centralen Rindentheile fortwährend auch im Schlafe erhält, fanden in den erkrankten Territorien schon einen automatischen Erregungszustand und diese Summation liess nun bald diesen bald jenen Abschnitt der subcorticalen Coordinations-Apparäte in Thätigkeit treten. Doch kann dieser Versuch, einen halbwegs plausibeln Zusammenhang in die Erscheinungen zu bringen, nur eine gewisse subjective Berechtigung haben.

Dem hochverehrten Director unserer Anstalt, Herrn Dr. von Karczewski sage ich für die freundlichste Ueberlassung des Materials meinen aufrichtigsten Dank.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 13. Juni 1887.

Von Dr. König in Dalldorf.

365) **Bernhardt:** *Krankenvorstellung.*

(Die Fälle werden in der Nummer vom 15. 7. 1887 des Centr.-Blattes ausführlich veröffentlicht werden.)

366) **Richter** (Dalldorf): *Cyclopie, Arhinencephalie und einblasiges Gehirn.*

Der Vortragende demonstrirt die Präparate einer cyclopischen Ziege. Das secundäre Vorderhirn hatte Riechnerven überhaupt nicht ausgestülpt, das Grosshirn in Gestalt einer einzigen Blase entwickelt; das primäre Vorderhirn hatte nur einen Sehnerv ausgestülpt, welcher auch in seinem ganzen Verlaufe diese Einheit wahrte. Das Thier besass ein Auge mit oberem und unteren Lid, eine Retina, einen Glas-

*) Einen Fall von heftiger Hemichorea bei einem Geisteskranken, der eine ähnlich ausgedehnte Pachymeningitis hatte, wie der hier behandelte Kranke, berichtet Golgi (Rivista sperimentale 1874.)

körper, aber zwei Linsen. An den Bulbus setzen sich oben, unten, rechts und links Muskeln an, welche jedoch schwer auseinander zu präpariren waren, jedenfalls zogen zu ihnen die Nervi oculomotorii, trochleares und abducentes. Die einheitliche Grosshirnblase füllte die Schädelkapsel vollkommen aus, und war mit klarer Flüssigkeit gefüllt; vorn war ihre Wand stärker, hinten dünn. Nach ihrer Eröffnung sah man die Vierhügel, an deren vorderem Rande die Mündung des Aquaeductus. Vor den Vierhügeln befand sich ein eben so grosses, aber weniger paarig entwickeltes Gebilde, welches die Sehhügel und Streifenhügel darstellte. In der Mitte dieses vorderen Gebildes setzte sich die Hemisphärenblase an, so die Grenze markirend zwischen den aus dem Vorderhirn stammenden Streifenkernen und den aus dem Zwischenhirn stammenden Sehhügeln. Seitlich unten bildete die Grosshirnblase gewissermassen Randbogen. An der Basis war das Gehirn normal. Die Stirnnaht war verknöchert und das eine Stirnbein bildete nach vorn hin einen spitzen Winkel; nach hinten zu war das Schädeldach mehr flach und steil; es kam so die trigonocephale Form heraus. Die Schädelbasis war relativ kurz und breit. Der Schädel hatte nur eine grosse, runde, orbitale Oeffnung; dieselbe war unten begrenzt durch die Oberkiefer, seitlich durch die Jochbeine und oben durch die seitliche Stirnbeine; es fehlten die vorderrn Theile der Ossa frontalia, das os ethmoid. und die Siebplatten, ferner der Theil des Präsphenoides, welcher vor den Sehnerven liegt und seine orbitalen Flügel; so konnte man vom Schädelinnern aus grade auf die bulbae blicken, welche die Oberkiefer hinten bilden; dieselben lagen nahe bei einander und formirten den Boden der Orbita, den vorderen Abschluss derselben bildete ein schmaler Saum, wie bereits angedeutet, der Oberkiefer. Choanen existirten nicht und das Palatium war hinten quer verschlossen. Der Sehnerv lief über den kleinen hinteren Rest des Präsphenoids grade nach vorn. Es fehlten ferner Thränen- und Nasenbeine, die Nasenmuscheln, das Pflugscharbein und die Zwischenkiefer; so war der Oberkiefer vorn rund, nicht spitz geformt. Der Unterkiefer bog sich hakenförmig nach oben, die Zunge hatte in Folge dessen seitlich herausgehangen. Das Thier war sonst normal gebildet gewesen und neun Tage durch künstliche Fütterung mit Milch erhalten worden. Da die Natur das Prinzip der Ausstülpung bei der Bildung der Seh- und Riechnerven verfolgt, so nimmt der Vortragende für die Entstehung der Cyklopie an, dass nur ein Sehnerv ausgestülpt wird, und dass bei der Arhinencephalie diese Ausstülpungen überhaupt unterbleiben.

Für die Entstehung des einblasigen Gehirns schliesst er sich der Ansicht Wille's an, (Archiv für Psych. 1880. Bd. X) dass das ursprünglich einfache Hemisphärenbläschen in seiner Einfachheit weiter wächst ohne in 2 Hemisphären getheilt zu werden. Der Ansicht Hadlich's (ebendas.) ist Vortr. nicht. Er erwähnt noch die Meinung Waresle's welche für die Entstehung dieser Missbildungen das Amnion in Anspruch nimmt.

An der Discussion betheiligten sich Hadlich und Sander.

367) **Thomsen:** *Ueber die aus veränderten Ganglienzellen gebildeten Hirnnervenherde.*

Vortr. beschrieb vor einiger Zeit Herde in den Augenmuskelnerven, die er für pathologisch hielt, die aber normale Gebilde sind, wovon er sich später überzeugte. Es sind veränderte Ganglienzellen, aber nicht krankhafte. Er glaubt, dass es sich um Vorgänge handelt, die in frühester Jugend stattfinden.

Es folgt die Demonstration betreffender Präparate.

II. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Juni 1887.

Von Dr. Otto in Dalldorf.

368) **Uhthoff:** *Anatomische Sehnervenveränderungen in Folge von Alkoholismus nebst Bemerkungen über Intoxicationsamblyopie und retrobulbäre Neuritis.*

U. fügt den zwei früher publicirten Sektionsberichten fünf weitere zu, welche an einer interkurrenten Krankheit verstorbene Gewohnheitstrinker betreffen. Im ersten Falle bestand keine wesentliche Sehstörung, es war eine temporale Abblassung der Papille vorhanden. Makroskopisch waren schon Veränderungen im N. opt. sichtbar, in Form eines Halbmondes, dicht hinter dem Bulbus, hervorgebracht durch eine partielle interstitielle Neuritis, wobei die Nervenfasern relativ gut erhalten waren. Aehnlich verhielt sich der zweite Fall und auch der dritte, bei welchem in beiden N. opticis Veränderungen in geringer Ausdehnung vom Bulbus aus vorlagen. Im vierten Fall bestand atrophische Verfärbung der äusseren Papille auf dem einen, im anderen Auge auch noch ausserdem auf der inneren Seite ohne Sehstörung. Es fand sich eine atypische anatomische Verbreitung des Prozesses in den Sehnerven, die Nervenfasern waren gut erhalten. Im letzten Fall handelt es sich um Alkoholamblyopie, Abblassung der temporalen Papillenseite auf einem Auge, während auf dem anderen nichts derart war. In beiden Sehnerven bis in die Tractus waren anatomische Veränderungen. Bei pathologischem Augenspiegelbefund finden sich immer anatomische Veränderungen im Sehnerven. Bezüglich des Verhaltens der Sehstörung zu dem anatomischen Befunde ist zu berücksichtigen, dass immer noch relativ gut erhaltene Fasern in den ergriffenen Bezirken vorhanden sind. Endlich ist die Intensität des anatomischen Prozesses hinter dem Bulbus am grössten und es ist nicht der weiter rückwärts gelegene Canalis opticus der Ausgangspunkt. Der anatomische Process bei der interstitiellen Neuritis unterscheidet sich von der einfachen progressiven Degeneration des Sehcentrums dadurch, dass bei letzterer Schwund der Fasern, bei ersterer eine Affektion des feinen interstitiellen Gewebes mit theilweiser Erhaltung der Fasern, theilweisem Untergange derselben in sklerotischen Stellen vorliegt, dass ferner die Kernwucherung im interstitiellen Gewebe deutlicher ist als bei einfacher Atrophie, desgleichen auch die Gefässvermehrung, und dass endlich die Schrumpfung viel grösser ist als bei Atrophie.

Bezüglich der Häufigkeit der Alkoholamblyopie im Gegensatz zu Amblyopie in Folge anderer Stoffe ergibt sich aus dem Material der Schöler'schen Klinik (30000 Kranke), dass von 304 Fällen retrobulbärer Neuritis resp. Intoxikationsamblyopie zwei Drittel Intoxikationen sich befanden und zwar waren diese in erster Linie durch Alkohol, dann durch Alkohol und Tabak, in dritter Linie durch Tabak allein sowie vereinzelt durch andere Agentien bedingt. Eine klinische Trennung der Intoxikationsamblyopie von der retrobulbären Neuritis ist aufrecht zu erhalten.

III. Referate und Kritiken.

369) **D. J. Hamilton:** Remarks on the conducting paths between the cortex of the brain and the lower centres in relation to physiologie and pathologie. (Bemerkungen über die Leitungsbahnen zwischen der Hirnrinde und den tieferen Centren in physiologischer und pathologischer Beziehung. (Brit. med. journ. 5. Mai 1887.)

Zur Untersuchung wurde theils eine eigene Methode benutzt, nach welcher die Schnitte mit Kalilauge und Gelatine behandelt wurden, theils eine Modification der Weigert'schen Färbung, welche gleichzeitige Tinction der Ganglienzellen anstrebt, jedoch noch nicht mit ausreichendem Erfolge.

Die schon früher vom Verf. ausgesprochenen Anschauungen über die Grosshirn- namentlich Balkenfaserung werden zusammengefasst und weiter ausgeführt. Die Resultate sind im Wesentlichen folgende:

Der Balken stellt keine Kommissur symmetrischer Theile beider Hemisphären, sondern ein Kreuzungssystem absteigender Fasern dar. Die Masse der nach Austritt aus dem Balken nach abwärts um den Seitenventrikel gewölbten, in die beiden Kapseln und grossen Ganglien herabsteigenden Fasern entspricht auf jeder Seite genau der Hälfte des Balkens. Auf Querschnitten wird der Zusammenhang dieser Fasern leicht übersehen, da dieselben, sobald sie den Balken verlassen haben, eine schräge Richtung annehmen, um die Gegend des Knies der inneren Kapsel zu erreichen.

Legt man dagegen die Querschnitte in der entsprechenden schrägen Richtung von vorn nach hinten an, so gelingt es einzelne Fasern auf weite Strecken genau zu verfolgen und die bezeichnete Richtung einschlagen zu sehen. Diese Fasern bilden den ganzen vorderen Schenkel der inneren Kapsel, ihnen gehören $^{2}/_{3}$ der vorderen $^{2}/_{3}$ des hinteren Schenkels derselben an und endlich bilden sie das innere Lager der äusseren Kapsel. Ihre Endigung finden diese Fasern zumeist in den grossen Ganglien, wo sie sich in ein feines die Zellen umspinnendes Maschenwerk auflösen. Der grösste Antheil tritt in den Thal. opticus, ein beträchtlicher auch in den Nucl. lentiformis, sehr wenige Fasern endigen im Nucl. caudatus. endlich erreicht ein Theil der Fasern den Pons, die Medulla oblongata, wahrscheinlich auch das Rückenmark. Zu diesen Fasern gesellen sich die vorläufig ungekreuzt

bleibenden motorischen und sensiblen Fasern, welche durch die innere Kapsel in den Hirnschenkel gelangen.

Eine directe Faserverbindung zwischen Cortex und Pyramiden giebt Verf. nicht zu, vielmehr lässt er auch diese Fasern sich in feine Plexus, welche sich in gleicher Weise, wie in der Rinde, auch in der weissen Substanz durch die Weigert'sche Methode nachweisen lassen, auflösen. Aus diesen feinsten Geflechten gehen anders associirt und bedeutend an Zahl reduzirt die definitiven Pyramidenfasern hervor.

Die physiologische Bedeutung der im Thalamus endigenden Balkenfasern sieht Verf. in der Erziehung des Grosshirns durch den Opticus während der Jugend des Individuums. Der Mächtigkeit dieses Systems würde die grosse Bedeutung des Sehvermögens für die psychische Entwicklung des Menschen entsprechen. Die übrigen Balkenfasern dienen wahrscheinlich ähnlichen Zwecken mit Bezug auf die andern Sinneswerkzeuge. Das Balkenfasersystem würde somit die Bedeutung eines „Erziehungssystems“ für das Grosshirn bekommen, während die nicht durch den Balken herabsteigenden Fasern der Ausübung der erlernten Fähigkeiten dienen würden. Danach muss früher Verlust des Balkens Schwachsinn bedingen, während später die Folgen ohne wesentliche Bedeutung sein werden, was mit den Erfahrungen übereinstimmt. Nagel (Halle a. d. S.).

---

370) **W. Onufrowicz** (Enge-Zürich): Das balkenlose Mikrocephalengehirn Hofmann. (Arch. f. Psych. etc. XVIII. 2. p. 305.)

Die durch *angeborenen absoluten Balkenmangel* hervorgerufenen Veränderungen der *inneren Structurverhältnisse* der Grosshirnhemisphären untersuchte de. Verf. an dem Gehirn eines 37 jährigen Idioten (sehr vorgeschrittenen Grades). Im Gegensatze zu früheren Autoren zerlegte O. die eine Hemisphäre in sehr zahlreiche *Querschnitte* zwecks Verfolgung der Fasersysteme, während die andere Hemisphäre zur Vergleichung ganz gelassen wurde. Indem ich bezüglich der äusseren Beschreibung des Gehirns auf die Originalarbeit verweise, beschränke ich mich darauf die wichtigsten Ergebnisse wiederzugeben, welche der Verf., abgesehen von Schlussfolgerungen aus der Literatur, aus *seinem* Falle und durch *seine* Methode gewann. Während auf den Querschnitten des Hinterhauptlappens das eigentliche Forceps als Fortsetzung der Balkenstrahlung vollständig fehlte, war die sog. *Balkentapete* (Faserlager gleich hinter dem Hinterhorn) stark entwickelt, woraus mit Sicherheit hervorgeht, dass dieselbe *nicht* zum *Balken* gehören kann, weil sie sonst hätte atrophirt, resp. gar nicht vorhanden sein müssen. O. glaubt deshalb, dass sie zu den längeren Associationsfasersystemen *einer* Hemisphäre gerechnet werden müsse. Die „Balkentapete“ stelle demnach einen Theil des mächtigen Associationssystems dar, welches vom Stirnlappen zum Hinterhauptslappen geht — *„Fronto-occipitales Associationsbündel“*. Dasselbe sei im normalen Gehirn von der Einstrahlung des Balkens in den Stabkranz durchkreuzt und deshalb undeutlich, käme dagegen in den Fällen von Balkenmangel *isolirt* und deshalb viel klarer zur Anschauung.

Ferner tritt Verf. der alten Ansicht von Foville (kürzlich wieder vorfochten durch Hamilton) *entgegen*, nach der der Balken eine *Kreuzung* der beiden innern *Kapseln* sein soll. Deren Unhaltbarkeit erhellt aus dem Falle Hofman, in welchem die innere Kapsel entsprechend der Kleinheit des ganzen Gehirns völlig *normal* entwickelt war trotz des absoluten Balkendefectes.

Die abnorme Entwickelung der medialen Gehirnfurchen (Fehlen des g. fornicatus), die Spaltung des Fornix u. Septum pell. in 2 Hälften sowohl in dem Falle Hofmann wie in den meisten Fällen der Literatur beweisen das Abhängigsein dieser Gehirntheile vom Balken.

Ueber Veränderungen der Elemente der Hirnrinde (etwaige Atrophieen etc.) in Folge von Balkenmangel konnte der Verf. in seinem Falle keinen Aufschluss gewinnen, weil in Folge verfehlter Härtung die Färbung der Schnitte mangelhaft ausfiel.

Langreuter (Dalldorf).

---

371) **Reinhard** (Friedrichsberg-Hamburg): Zur Frage der Hirnlocalisation mit besonderer Berücksichtigung der cerebralen Sehstörungen. (Arch. f. Psych. XVII. 3. u. XVIII. 1 u. 2.)

Die Schlüsse der sehr ausführlichen und gründlichen Arbeit, die hauptsächlich die *cerebralen Sehstörungen* im Auge hat, sind hergeleitet von 16 Beobachtungen. Die betreffenden Fälle (2 Paralyse, 3 secundäre Demenz, 4 senile Demenz und 7 postapoplectische Störung) sind klinisch und pathologisch-anatomisch mitgetheilt. Weil es sich immer um demente Individuen handelte, bei denen natürlich die Deutung der klinischen Symptome in einer so heiklen Frage anfechtbar sein könnte, war wohl eine objective *ausführliche* Schilderung der Krankheitsbilder nothwendig, wodurch freilich die Arbeit eine sehr umfängliche geworden ist. Es ist indess durch eine tabellarische Zusammenstellung für Uebersichtlichkeit gesorgt. Bezüglich der Details der Krankheitsgeschichten und anatomischen Befunde muss hier auf das Original verwiesen werden, ebenso bezüglich des polemischen Theils der Arbeit in welchem der Verf. die Ansichten von Munk, Mauthner, Wilbrandt und Golz reproducirt und mit seinen *Beobachtungsresultaten* vergleicht. Das Hauptsächlichste der letzteren sei in Folgendem zusammengefasst: Zunächst wurden durch die Fälle des Verfassers die bereits ziemlich allgemein angenommenen Thatsach bestätigt, dass der Hauptsitz der Motilitätsstörungen in möglichst unmittelbarer Umgebung der Roland'schen Furche und der der Sensibilitätsstörungen in den Parietalläppchen zu suchen sei — und dass die aphasichen Störungen beider Arten bei Rechtshändigen durch Läsionen des linken Hirnmantels bedingt werden (Fuss der 2. u. 3 Stirnwindung und Insel für motorische und 1 u. 2. Schläfenwindung für sensorische Aphasie). — Bezüglich der *Sehstörungen* ist vor allem zu bemerken, dass sie — theils Seelen- theils Rinden-blindheit — durch Läsion des Occipitalhirns (vorübergehend auch wohl durch Zerstörung des Parietalläppchens) bewirkt werden, und zwar sind die appercipirenden Ele-

mente für Licht, Farben- und Raumverhältnisse in der Rinde schichtenweise in der genannten Reihenfolge übereinander gelagert (Hypothese Wilbrand's). Wenn nur lediglich die beiden oberen Schichten zerstört sind, tritt „*Seelenblindheit*“ ein, wenn auch die untere betheiligt ist, so hat man es mit „*Rindenblindheit*“ zu thun. Letztere ist natürlich auch vorhanden, wenn durch Zerstörung der betr. Markmasse die Faserleitung zu den appercipirenden Elementen der Rinde unterbrochen ist. Ist die Verletzung der beiden oberen Schichten *unvollkommen*, vielleicht nur *distinct*, so ist die Seelenblindheit „*partiell*“. (Die Gegenstände sind verschwommen, es werden z. B. noch einzelne Worte und Buchstaben erkannt, andere nicht); ebenso kann die Rindenblindheit „partiell“ sein, d. i. doppelseitiger, absoluter, aber incompleter Gesichtsfelddefect. — Wenn eine bestimmte Stelle der Rinde, etwa in der Gegend der 2. Occipitalwindung zerstört ist, gehen die Gesichtsfelddefecte durch den Fixationspunkt. Diese Stelle entspricht also der Macula lutea der Netzhaut. Die Rindenausbreitung des Opticus ist so zu denken, dass jeder Punkt derselben mit 2 identischen Puncten der entsprechenden homonymen Netzhauthälften in Beziehung steht; daher erklärt sich, dass die cerebralen Sehstörungen (d. h. die durch Verletzung *einer* Hemisphäre bedingten) stets *homonym*, auftreten. Den wichtigen Einwurf von Golz bezüglich der Lokalisation der cerebralen Sehstörungen, dass nämlich das Thierexperiment nicht dieselben Ergebnisse liefert wie die klinische Beobachtung beim Menschen, sucht der Verf. durch eine Hypothese zu entkräften, die viel Bestechendes hat, aber hier nur angedeutet werden kann: er nimmt nämlich zwischen dem „Sehen“ der Thiere und Menschen den wesentlichen Unterschied an, dass bei dem einfachsten Sehact (hell oder dunkel) beim Thiere vielleicht nur subcorticale Centren angesprochen werden — während beim Menschen in Folge höherer Entwickelung des Hirnmantels auch beim einfachen Sehen die Rindenterritorien viel eher mitempfinden, dass schliesslich diese Mitempfindung die primäre Perception ganz in den Hintergrund etc. durch Angewöhnung, und zuletzt also die Integrität der Grosshirnrinde eine conditio sine qua non wird.

Langreuter (Eichberg).

---

372) **Thomas Barr:** Abscess in the brain from disease in the ear. (Hirnabscess nach Ohrenerkrankung.) (The Brit. med. journ. Apr. 2. 1887.)

Fast stets sind es chronische Eiterungen des Mittelohres, welche den Gehirnabscessen zu Grunde liegen. Dazu kommt oft noch eine occasionelle Ursache, wie Schlag auf den Kopf oder gegen das Ohr, chirurgische Manipulationen etc. Zuweilen dienten diese jedoch nur dazu, um einen latent bereits bestehenden Abscess manifest zu machen. Das Verhältniss zwischen der Zahl der auf Ohrenleiden zurückzuführenden Gehirnabscesse und der Gesammtzahl derselben wurde von Lebert 1856 auf 1:4, nach einer grösseren Statistik von Gull und Sutton 1872 auf etwas mehr als 1:3 angegeben.

Je mehr man sich gewöhnte, das Ohr in solchen Fällen stets

genau zu untersuchen, desto grösser wurde das Verhältniss, welches wir reichlich auf 1:2 annehmen können.

Für die operative Behandlung ist die Kenntniss der häufigsten Localisation des Abscesses von besonderer Wichtigkeit.

Für den von der Eiterung einzuschlagenden Weg kommen zwar besonders exponirte Scheidenwände zwischen Ohr und Schädelhöhle in Betracht, welche, an sich sehr dünn, noch von Kanälchen für feine Gefässe durchbohrt, zuweilen sogar durch Knochendefecte stellenweise offen gelassen werden. Es ist 1.) die obere Wand der Paukenhöhle, welche in die mittlere Schädelgrube und zum Schläfenlappen leitet und 2.) die innere Wand des Antrum und der Cellulae mast. welche in die Grube für den Sinus transversus und so in die hintere Schädelgrube resp. zum Kleinhirn führt.

Unter den 7 eigenen Fällen des Verf. befand sich der Abcess 6 mal im Schläfenlappen. Unter 76 aus der Literatur zusammengestellten Fällen war er 55 mal im Grosshirn, 13 mal im Kleinhirn, 4 mal in beiden Theilen, 2 mal im Pons, einmal im Hirnschenkel.

Die Abscesswand wurde bei den eigenen 7 Fällen 3 mal durch eine selbständige abkapselnde Membran, im Uebrigen durch erweichte Gehirnsubstanz gebildet.

Der Eiter ist fast in allen Fällen äusserst übelriechend.

In den meisten Fällen (unter denen des Verf. in 5) finden sich cariöse Oeffnungen in einer der bezeichneten Stellen der knöchernen Scheidewand. Die letztgenannte Localität ist natürlich zu Sinusthrombose ausserordentlich disponirt, auch ohne dass Zerstörung des Knochens vorhergegangen wäre.

Zuweilen wird mechanischer Druck durch Retention der Secrete das Eindringen des Eiters durch eine natürliche oder pathologisch hergestellte Oeffnung veranlassen. Bald wird die Dura mater abgehoben und begrenzt zunächst den Abscess, bald wird dieselbe sogleich durchbrochen. In häufigeren Fällen wird der Transport septischer Stoffe durch Blut und Lymphbewegung oder namentlich in Fällen, wo Mittelohr und Gehirnabscess durch scheinbar ganz gesunde Gewebstheile getrennt werden, durch Wanderung von Backterien längs der Lymphbahnen vermittelt werden. Von erfolgreicher chirurgischer Eröffnung des Abcesses sind dem Verf. 5 Fälle bekannt, welche indessen wesentlich von einander differiren. In den beiden ersteren von Truckenbrot und Schondorf führte die gegen die Caries unternommene Operation successive durch den kranken Knochen auf den Abscess hin. In den jüngsten Fällen von Greenfield (S. dieses Centr.-Bl. Nro. 6 1887 S. 170), Barker und Marewn dagegen war eine solche Indication nicht vorhanden, vielmehr musste der Abscess ohne vorgezeichneten Weg aufgesucht werden.

Die Frage nach der besten Operationsmethode lässt sich wohl noch nicht definitiv für alle Fälle entscheiden; Marewn öffnete den

Schädel 2 Zoll über dem Ohre und legte nach Auffindung des Abscesses von dessen tiefster Stelle eine zweite Oeffnung an.

Die operative Behandlung dieser Affection ist durch die letztgenannten Autoren in eine neue Aera geleitet worden.

Nagel (Halle a. S.).

---

373). **Adsersen**: Bidrag til Kasuistiken af den „dobbelte Atetose." (Ein Fall von doppelter Athetose.) (Hospitals-Tidende 1887. Nr. 48 u. 49.)

Adsersen giebt zunächst eine sehr ausführliche Zusammenstellung aller bis 1885 publicirten Fälle von doppelter Athetose und erklärt sich dafür dies Krankheitsbild zunächst von dem der Hemiathetose abzutrennen.

In seinem Falle erkrankte ein $3^1/_2$ Jahr altes, nicht erblich belastetes Mädchen an Flexionscontractur des l. Kniegelenks. Nach einer 9 Monate lang fortgesetzten Immobilisation traten allmählich anhaltende, im Schlaf cessirende, auf alle Muskeln verbreitete Athetose-Bewegungen auf; sie nahmen in der Rückenlage, bei jedem sensibeln Eindruck, bei allen willkürlichen Bewegungen, besonders bei der Defäcation zu. 5 Jahre lang blieben diese Krämpfe unverändert, Stimmung und Intelligenz intact. Mit $8^1/_2$ Jahren Aufnahme in ein Küsten-Hospital, wo das Kind 21 Monat blieb. Hier trotz verschiedener Medication (Bäder, Douchen, Abreibungen, Chloral, Bromkalium, Eisen Zink, Arsen, Chinin und aller möglichen Alcaloide) fortwährende Progression der Krämpfe an Ausdehnung und Intensität. Nachts bestanden nur sehr selten schwache Bewegungen, doch *hinderten die Zuckungen oft das Einschlafen,* trotz grosser Dosen von hypnotischen Mitteln. Zunge und Gesichtsmuskeln blieben frei; Zahl der Bewegungen am einzelnen Gelenk 15—20 in der Minute; active Bewegungen langsam ziemlich sicher; auch in der Rückenlage an den unteren Extremitäten; Gehen dagegen unmöglich. Keine Contracturen keine Muskelatrophie.

Periodische Schwankungen in der Bewegungs-Intensität; Verschlimmerung in der warmen Jahreszeit, Morgenremissionen, Abendexacerbationen. Häufig heftige Jactation, Hin- und Hergeschleudertwerden im Bett, unter Verletzungen; Opisthotonus. Starke Abmagerung im Verlauf der Krankheit, Neigung zu Diarrhöen, Schmerzen in den Hypochondrien, starke Schmerzen in den Muskeln der unteren Extremitäten.

Periodische abendliche Temperatur-Erhöhungen, einmal 40,8, ohne erkennbaren Zusammenhang mit der Intensität der Krämpfe. 6 Monat nach der Entlassung aus dem Hospital Tod an Scarlatina; die Athetose hatte sich bis zum Tode nicht verändert. Keine Section.

A. vergleicht die von ihm beobachteten Erscheinungen in der Epikrise sehr ausführlich und instructiv mit allen bisher beschriebenen Fällen der d. A., bespricht auch für die Differentialdiagnose die Chorea minor, Paralysis agitans, multiple Sclerose, Friedreich'sche Ataxie, spastische Spinalparalyse, und Spasmus natans, er hebt die Unter-

schiede von allen diesen Formen scharf hervor, und rechnet seinen Fall nach dem Vorgang des dänischen Neurologen Friedenreich zu den tonisch exacerbirenden, synergischen Spasmen. Er ist geneigt, als Grundlage der Krämpfe eine langsam progressive, chronische Encephalitis von wenig eingreifender Natur anzusehen.

Kurella (Owinsk).

---

374) **F. Hallager** (Viborg): Om Unterbinding af arter. vertebr. som Middel mod Epilepsi. (Unterbindung der Vertebralis gegen Epilepsie.) (Hospitals Tidende 1886 Nro. 28.)

Herbst 1883 Unterbindung erst der linken, nach 6 Wochen der r. vertebralis bei einem Geisteskranken, der an Epilepsie litt. Bei der ersten Unterbindung rechtseitige tonische Krämpfe, bei der zweiten doppelseitige.

Gute Wundheilung, geringe therapeutische Wirkung. Ein Jahr lang im allgemeinen besserer Zustand, sehr prompte Bromwirkung. $1^1/_2$ Jahr nach der Operation Aussetzen des Broms, neuauftretende heftige Krämpfe, plötzlicher Tod nach einem Vierteljahr. H. reproducirt und kritisirt einschneidend die einschlägigen Fälle des englischen Chirurgen Alexander. Kurella (Owinsk).

---

375) **N. Holm**: Nogle Tilfaelde af anosmia syphilitica. (Anosmia syphilitica.) (Hospitals-Tidende 1886 Nro. 27.)

Fälle dieser Art von rein centraler Entstehung sind sehr selten. Mackenzie (Manual etc. 1884 p. 461) hat einen sicheren Fall beschrieben. Holm sah zwei; eine seit 18 Jahren syphilitische an Hautgummaten leidende Frau ist ohne jede locale Störung der Nasen-Rachenhöhle bei Kopfschmerz und Schwindel ohne jedes Geruchsvermögen; hier nimmt H. totale Destruction des Bulb. olfact. an; ein seit 4 Jahren syphilitischer Mann hat seit drei Jahren Geruch und Geschmack ganz verloren daneben zahlreiche andre cerebrale Symptome. Specifische Cur führte zur Besserung der beiden Sinnes-Läsionen. Die Ageusie dieses Falls ist wohl nur eine scheinbare, durch Anosmie bedingte Störung der beim Essen entstehenden complicirten und für das Bewusstsein schwer zu differenzirenden Sensationen.

Kurella (Owinsk).

---

376) **Nieden** (Bochum): Ein neuer Fall von pulsirendem Exophthalmus nach Fractura basis cranii mit Lähmung des 2—6. und 8. Hirnnerven. Unterbindung der Carotis dextr.

(Arch. f. Augenheilk. v. Knapp u. Schweigger. Band XVII. Heft 3.)

Verf. theilt die ausführliche Krankheitsgeschichte eines Bergmanns mit, dessen Schädel durch eine denselben quer treffende schwere Kohlenlast während $^1/_2$ Stunde eine heftige *Compression* und in Folge davon eine *Basisfractur* erlitten hatte. Unmittelbar nach dem Trauma war eine *Lähmung* des *rechten n. opticus, trochlearis, abducens, acusticus* und des *II. und III. Trigeminusastes* zu constatiren; erst 8

Tage später trat plötzlich ohne besondere Veranlassung der durch *Sausen* und *Pulsation* charakterisirte *rechtsseitiger Exophthalmus* ein, welcher von einer Lähmung des *n. oculomotorius* derselben Seite begleitet war. Die etwa 2 Monate nach der Verletzung vorgenommene *Unterbindung* der *art. carotis communis dextra* beseitigte die Erscheinungen des pulsirenden Exophthalmus bis auf ein geringes Sausen fast vollständig; jedoch von den Nervenlähmungen ging nur die auch zeitlich differente Störung im Oculomotoriusgebiet zurück, während die übrigen Lähmungen unverändert blieben. Es handelte sich demnach um eine irreparable *Zerreissung* der andern Nervenstämme während ihres intracraniellen Verlaufes im *sinus cavernosus*. Dieser Prozess liess sich am *opticus* bereits 4 Wochen nach dem Trauma ophthalmoskopisch nachweisen durch die totale *weisse Atrophie* der rechten *Papille* mit Verdünnung von *Arterien* und *Venen*, wie sie nach Zerreissungen der Sehnerven im Canalis opticus durch Berlin's Arbeiten hinlänglich bekannt ist (cf. B. Berlin: Ueber Sehstörungen nach Verletzungen des Schädels durch stumpfe Gewalt. Bericht der XII. Versamml. d. ophth. Gesellsch. Heidelb. 1879. Derselbe, Krankheiten der Orbita in Graefe-Saemich's Handb. d. Augenheilk. 1880. Bd. VI. S. 586.).

Die von Verf. angeschlossene Uebersicht der Literatur über diesen Gegenstand, welche im Ganzen über 144 Beobachtungen verfügt, unter denen 81 Mal die *Radicaloperation* vollzogen wurde, ergiebt für diese eine günstige Prognose und ermuntert bei künftigen Vorfällen zu radicalem Vorgehen. Hirschmann (Remscheid).

---

377) Purtscher (Klagenfurt): Neue Beiträge zur Frage der Erythropsie. (Arch. f. Augenheilk. v. Knapp u. Schweigger. Bd. XVII, Heft 3.)

Die Frage über das Wesen der *Erythropsie* ist noch keineswegs geklärt, daher jeder Beitrag, auch ein dürftiger, willkommen.

Die Mehrzahl der 6 neuen Fälle des Verf. betrifft wiederum, wie bei den meisten bisherigen Beobachtungen, *aphakische (staaroperirte)* Augen, so dass *oculare*, und nicht, wie Einige annehmen *cerebrale* Momente für das Zustandekommen des *Rothsehens* massgebend sein müssen. Ein Hauptgewicht legt Verf. auf die durch die Staaroperation geschaffene *Pupillen-Vergrösserung*, zumal bei einer Anzahl der nicht typischen Fälle von *Erythropsie* in *linsenhaltigen* Augen die durch *Atropin* oder *nervöse Einflüsse (Sympathicusreizung)* bedingte *Mydriasis* für das Phänomen verantwortlich zu machen war.

In sämmtlichen Fällen des Verf. gab *Blendung* der betreffenden Augen durch grelles Licht (besonders durch weite *Schneeflächen*) und physische *Ermüdung* durch Strapazen die unmittelbare Gelegenheitsursache ab.

Es wäre zu wünschen, dass weitere Publikationen und Studien zu einer plausiblen Deutung der interessanten Erscheinung führten.

Hirschmann (Remscheid).

---

378) **L. Löwenfeld** (München): Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden. (Wiesbaden bei J. F. Bergmann 1887.)

Obwohl in dem vorliegenden Büchlein über die verschiedenen modernen Behandlungsarten der Neurasthenie und Hysterie nichts Neues gesagt ist, muthet uns das Werk als Ganzes doch recht angenehm an und zwar aus dem Grunde, weil der auf dem einschlägigen Gebiete wohlbewanderte Verfasser auf Grund *eigener* sorgfältiger Beobachtungen und Studien überall seine eigenen Erfahrungens, seine persönlichen Anschauungen und Erfolge mittheilt. Es lässt sich ja nicht verkennen, dass bei der vielgestaltigen Behandlungsweise der genannten Krankheitsformen in Folge der individuellen Verhältnisse, die nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, eine bestimmte Norm, nach der man sich im jeweiligen Falle zu richten hat, kaum aufgestellt werden kann. So ist es denn auch gekommen, dass in den vielen zugängigen Werken über Neurasthenie und Hysterie bei der Therapie einfach die Behandlungsarten aufgeführt werden. Das thut der Verf. nun zum Glück nicht, sondern er bemüht sich, den Werth der vorgeschlagenen Mittel gegeneinander abzuschätzen, ja noch mehr, er gibt, so weit es thunlich, die verschiedenen Arten an, die für die eine oder andere Methode geeignet sind und wo das nicht geht, wird durch Hervorhebung der Contraindication das Erreichbare angestrebt. Es lohnt sich desshalb wohl der Mühe, kurz dem Gedankengange des Verf's. zu folgen. Die Vorbemerkungen handeln im Wesentlichen von der Berechtigung, Neurasthenie und Hysterie in Bezug auf die Therapie gleichmässig zu behandeln; da es sich bei beiden Affectionen im Grossen und Ganzen um gleichartige, und hinsichtlich ihrer Intensität sowohl als ihrer Ausbreitung über die Nervenapparate schwankende Alterationen handelt, so kann man gegen diese Verschmelzung nichts Besonderes einzuwenden haben. So wichtig nun auch die Erforschung der „Ursachen" für den Praktiker ist, so bedeutsam zweifellos die Aufdeckung und Beseitigung derselben sein mag, so ist dadurch doch keinegswegs in jedem Falle das Geforderte gethan, denn bei langem Bestande des Leidens ist, gleichgültig wodurch die Zerrüttung des Nervensystems zu Stande kam, doch noch eine direct beeinflussende Behandlung erforderlich. Bei der „diätischen Behandlung" wird zunächst der Ernährung Erwähnung gethan und im Allgemeinen die gemischte Kost für die Nervenkranken geeignet erachtet. Mit Recht warnt Verf. vor den jetzt so beliebten forcirten Entfettungsversuchen, nach welcher Methode sie auch vorgenommen werden mögen. Absolut verpönt ist der Genuss von Spirituosen in jeder Form bei jenen Individuen in jüngeren oder mittleren Jahren, die an ausgesprochener Neigung zu Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes mit deutlicher Röthung des Gesichtes leiden, Erscheinungen, die wohl auf eine vasomotor. Störung im Bereiche der Kopfgefässe schliessen lassen. Sonst lasssen sich schwer allgemein geltende Vorschriften über die zu bewilligende Quantität von Bier oder Wein geben. Aehnlich verhält es sich mit dem Rauchen. — Der Schlaf ist für nervenkranke resp. ner-

venschwache Menschen ein Heilmittel von unschätzbarem Werthe; dieselben müssen daher alles vermeiden, was den Schlaf zu stören im Stande ist. Ebenso ist auf die richtige geistige und körperliche Arbeit auf die Unterbrechung der oft anstrengenden Berufsthätigkeit zu achten. Das Mass und die Art der Beschäftigung, die wir im Einzelfalle zulassen und selbst verlangen, richtet sich nach Betheiligung des Gehirns und Rückenmarkes an dem vorhandenen Erschöpfungszustande, dem allgemeinen Kräftestatus des Kranken und seiner Berufsstellung. Hinsichtlich des sexuellen Verkehrs wird von mancher Seite noch heutzutage die Ehe als Heilmittel gegen Hysterie und gewisse neurasthenische Zustände betrachtet — eine Anschauung, die nur in sehr beschränktem Masse berechtigt ist. —

Verhältnissmässig kurze Zeit verhält sich der Verf. bei der arzneilichen Behandlung auf. In erster Lienie wird hier natürlich der Brompräparate gedacht, dann der Verbindung verschiedener Bromsalze, die zweckmässig nach Erlenmeyer's Vorschrift in kohlensaurem Wasser aufgelöst, genommen werden. Des Chinin's, Arsenik's, Atropin's wird Erwähnung gethan, der Missbrauch, der mit Eisenpräparaten getrieben wird, genügend gekennzeichnet. Unter den Eisenmitteln nimmt der Liqu. ferr. album. (Drees) einen hervorragenden Platz ein. — Ref. kann dessen Wirksamkeit und vor allem dessen leichte Verdaulichkeit auf Grund zahlreicher Fälle bestätigen. Das Cocain hat die an dasselbe geknüpften Erwartungen wenigstens in Bezug auf nervöse Schwächezustände nicht entsprochen. Unter den eigentlichen Schlafmitteln wird dem Paraldehyd der erste Preis zuerkannt. Antipyrin und Antifebrin werden — mit grossem Rechte — bei nervösen Schmerzen empfohlen, und sehr beachtenswerth scheint die Inhalation ozonisirter Luft zu sein. —

Eine ausführliche Besprechung erleiden die *Luftcuren*. Nach den Beobachtungen der Verf.'s eignen sich für den einfachen *Landaufenthalt* vorzugsweise frischere Fälle von nervöser Schwäche und von den länger bestehenden solche, in welchen mangelhafte Ernährung und Erschöpfung nach langdauernden Krankheiten vorliegt. Der Einfluss der *Seeklimas* auf das Nervensystem wird als beruhigend und tonisirend bezeichnet; indessen erweist sich für eine ganze Anzahl Neurasthenischer und Hysterischer die Seeluft als ganz ungeeignet. Allein spezielle Indicationen für den Gebrauch des Seeklimas lassen sich zur Zeit kaum aufstellen. Als besonders geeignet werden die Fälle von Erschöpfung durch gleichzeitige Ueberanstrengungen bei guten Verdauungsorganen, ferner nervöse Schwächezustände mit mangelhafter Blutbildung bezeichnet. Fälle mit hochgradig gesteigerter Erregbarkeit, schlimmere Formen der Hysterie, sehr herunter gekommene Kranke sind sicher für diesen Heilfactor ungeeignet. An keinem anderen Orte, wie an einem *Höhenklima*, sind eine Summe von Momenten vorhanden, die geeignet sind, Körper und Geist zu beschäftigen, ohne beide zu übermüden. Die in der Literatur vorhandenen Angaben über die Wirkungen des Höhenklimas sind aber wiederum recht dürftig und kaum praktisch verwerthbar. Einzig Ludwig's

preisgekrönte Schrift über das Oberengadin ist in Betracht zu ziehen. Verf. theilt sie in unmittelbare, die durch den direkten Einfluss der betr. klimatischen Factoren auf das Nervensystem zu Stande kommen, und in mittelbare, durch Anregung des Stoffwechsels erzeugte. *Nicht* für diese Art der Luftkur eignen sich Neurasthenieen mit ausgesprochener hypochondrischer und melancholischer Verstimmung, Hysterie mit convulsivischen Zuständen. *Nicht* geeignet für das Höhenklima sind ferner die Fälle, in welchen pathologische Angstzustände vorhanden sind. Für sehr heruntergekommene, blutarme, für ältere Individuen mit ateromatösen Arterien und Neigung zu Congestionen eignen sich eher die Orte, welche in mässiger Höhe (700—1000 Meter) gelegen sind. Bei einer grossen Gruppe von Fällen ist der Gebirgsaufenthalt zwar angezeigt, aber nicht als einziges Curmittel. „Veraltete, schwerere Fälle von Neurasthenie und Hysterie werden durch eine Höhenluftcur ebensowig, als durch irgend eine andere Art von Luftcur allein geheilt". Nachdem bei derartigen Fällen auf anderem Wege Besserung erzielt ist, wird der Gebirgsaufenthalt als Nachcur vorzügliche Dienste leisten. Höhenluft und Seeluft stimmen in ihren Wirkungen vielfach überein: beide sind geeignet, den Appetit anzuregen und den Stoffwechsel zu beschleunigen, auf das Nervensystem anregend sowohl als beruhigend zu wirken. Der thatsächliche Versuch kann daher nur über die günstigeren Resultate entscheiden. — Sehr eingehend schildert Verf. dann die Wassercur und führt den Werth der Hydrotherapie auf ihr richtiges Mass zurück. Auch ausseranstaltlich kann der praktische Arzt durch dieselbe viel erreichen, und aus diesem Capitel mancherlei über die Andwendungsweise des kalten Wassers lernen. Diejenige Badeform, die man als „Halbbad" bezeichnet, gestattet, dieselbe verschiedenen Krankheiteformen und Individualitäten anzupassen. Contraindicirt ist dieselbe nur bei sehr schwachen, blutarmen und heruntergekommenen Personen. Die Wirkungen sind zum Theil erregende (Steigerung der motor. Leistungsfähigkeit, Anregung des Appetites, Hebung des Allgemeingefühls) zum Theil handelt es sich um sedative Vorgänge (Verringerung oder Beseitigung von Schmerzen und Parästhesien, Milderung von Aufregungszuständen) zum Theil um ableitende Wirkungen (bei Kopfcongestionen etc.). Auch die Bewegung der Hautthätigkeit kommt wesentlich in Betracht. Auch Sitzbäder 6—15° R.) bei einer Dauer von 5—10 Minuten finden bei nervösen Schwächezuständen reichliche Verwendung. Entschieden Contraindicirt sind sie bei Erregungszuständen der Geschlechtssphäre, dagegen geeignet bei habitueller Obstipation und gesunkener sexueller Leistungsfähigkeit ohne Erregungszustände. —

Bei den *Heilbädern* handelt Verf. zunächst von den kalten *Seebädern* und bemerkt sehr richtig, dass ein grosser Procentsatz der hier in Betracht kommenden Kranken sich absolut für dieselben nicht eignet. Vor allem gehört eine grosse körperliche Rüstigkeit dazu, um die Seebäder zu ertragen. Contraindicirt sind sie bei Fällen mit gesteigerter Erregbarkeit, anhaltender Schlaflosigkeit, Schmerzen und Parästhesieen, Herzklopfen, Krampfanfällen, sowie bei Neigung zu Congestionen nach dem Kopfe.

Eher noch könnte man in vielen derartigen Fällen warme Seebäder gebrauchen lassen. Die Anwendung der *Soolbäder* ist da indicirt, wo wir nur mässige Reize anwenden und zugleich die Ernährung heben wollen, also bei heruntergekommenen, blutarmen Personen mit mangelndem Appetite. Bei vorwaltenden Reizerscheinungen werden länger dauernde und wärmere Bäder, bei vorherrschenden Schwächesymptomen kürzere und, wenn keine Gegenanzeige besteht, auch etwas kühlere Bäder angewendet. Den *Stahlbädern* ist kein Vorzug gegenüber den Soolbädern zuzuerkennen; einzig die hautreizende Wirkung der Kohlensäure kommt hier in Betracht. Die gasreicheren derselben sind sogar bei vorherrschenden Erregungszuständen des Nervensystems contraindicirt. Bei den *Thermalwässern* kommen die klimatischen Verhältnisse, die veränderte Lebensweise und ähnliche Umstände wohl in erster Linie in Rechnung. Die Indicationen sind dieselben wie bei den Soolbädern. Dass der Verfasser das Capitel der „electrischen Behandlung", seine Domaine, mit besonderer Sachkenntniss und Wärme geschildert, brauchen wir kaum hervorzuheben. Einzelheiten umgehen wir hier. Nur hinsichtlich der allgemeinen Faradisation möchten wir bemerken, dass Verf. seine Hauptresultate bei Kranken, in welchen Symptome der Erschöpfung höheren Grades bestanden, ferner bei Neurasthenikern mit sehr darniederliegender Ernährung, geringem Appetite und gemüthlicher Depression erzielte. Sehr aufgeregte, unruhige, wenn auch herabgekommene Individuen mit Depressionszuständen eignen sich für dies Verfahren im Allgemeinen nicht. Dem *electrischen Bade*, wenigstens nicht dem monopolaren faradischen, kann Verf. nicht die volle Wirksamkeit der allgem. Faradisation zuerkennen. In welchen Formen nervöser Schwäche die *statische* Electricität geeignet ist, darüber muss uns die Zukunft belehren. *Metalloscopie*, *Metallotherapie* und *Hypnotismus* sind recht kurz behandelt — sie haben gewiss ein hohes theoretisches, aber bislang noch ein geringes practisches Interesse. Die *allgemeine Massage*, ein heutzutage von der Gunst der Mode weit getragener Zweig der Therapie, leistet als Glied der Mitchell-Plaifair'schen Cur unzweifelhaft werthvolle Dienste. Als selbstständige Behandlungsmethode, namentlich bei Hysterie, ist ihr Werth ziemlich problematisch. Die locale Massagebehandlung lässt sich mit Vortheil verwerthen bei Schwächezuständen der Beine und des Rückens bei manchen Formen von Rückenschmerz, bei Atonie des Darmtractus, nervöser Dyspepsie und Kopfeingenommenheit. *Castration* und *Cauterisation der Clitoris* wurden einer kritischen Besprechung unterzogen, *die psychische Behandlung* wird nicht unterschätzt und die Aufklärung des Leidenden über seinen Zustand in erster Linie betont. Namentlich soll man Kranke, die vielfach sich in Klagen ergehen, nicht einfach auslachen, das erzeugt Misstrauen gegenüber dem ärztlichen Stande. Der *anstaltlichen* Behandlung wird selbsverständlich eine hohe Bedeutung zugeschrieben, wenngleich sie durchaus nicht eine conditio sine qua non bildet. Im Anhang wird die Mitchell-Plaifair'sche Mastkur besprochen, ihre Vortheile für manche Fälle, sowie ihre Schattenseiten gewürdigt. Die Ueberernährung

lässt sich übrigens auch in Verbindung mit anderen Heilmethoden als den von Mitchell ausgewählten durchführen und in dieser erheblichen Modification lassen sich gute Erfolge erzielen. —

Damit schliessen wir die Wiedergabe des Inhalts. Sie ist ausführlicher geworden, als es von vorn herein beabsichtigt war und man könnte Ref. leicht den Vorwurf machen, dass er weit dickere Bücher mit viel kürzeren Worten schon mehrfach besprochen hat. Allein im Hinblick einerseits darauf, dass die Therapie der in Frage stehenden Krankheitsformen augenblicklich zeit- ja saisongemäss ist, dass der Praktiker momentan vielfach vor die Frage gestellt ist, wohin mit den nervenschwachen Patienten, und andererseits mit Rücksicht auf den fast überall zu unterschreibenden Inhalt des Buches, das auch gebildeten Laien, mehr als manches sog. populäre Werk als Lectüre zu empfehlen ist, glauben wir die Ausführlichkeit erklären zu können.

Goldstein (Aachen).

---

379) Jahresbericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs und Klosterneuburg pro 1884.

Die Zahl der im Jahre 1884 in der Landesirren-Anstalt zu Wien verpflegten Kranken betrug 1392 (803 M. 589 W.). Davon wurden neu aufgenommen 674 (417 M. 257 W.). In Abgang kamen 588 (370 M. 218 W.), davon geheilt 106 (71 M. 35 W.), gebessert 116 (62 M. 54 W.), gestorben 162 (108 M. 54 W.). Die übrigen ungeheilt resp. versetzt. Höchster Krankenbestand 805, niedrigster 700.

Eine grosse Zahl Krankheitsfälle basiren auf Alcoholintoxication, so dass allein auf der 1. Männerabtheilung von 272 Kranken 118 durch Alcoholmissbrauch erkrankt sind, also über 43% aller Zuwüchse. Es wird daher sehr für Einrichtung eines Asyls für Trunksüchtige plaidirt.

Der allgemeine Gesundheitszustad war ein guter. Unter den somatischen Störungen ist hervorzuheben infectiöse Pneumonie und Ende des Jahres Katarrhe des Darmtractes, welche allerdings eine grössere Ausbreitung nahmen, jedoch vorübergehend waren. An den Todesursachen waren wieder vorwiegend Pneumonie, Tuberkulose und Paralyse betheiligt. An Verletzungen kamen vor Rippen-, Arm- und Kniescheibenbrüche, eine Oberschenkelfractur bei einem Epileptiker mit nachfolgendem Aneurisma der Schenkelarterie. Ein Kranker biss sich so in den Finger, dass das letzte Fingerglied anucleirt werden musste. An Operationen ist die Punktion eines Kinderkopfgrossen Abcesses der Lebergegend und die Entfernung einer eingesaugten Nadel aus dem Rachen zu erwähnen. Geburtsfälle kamen 5 vor. 1 Selbstmord und 2 Selbstmordversuche sind zu verzeichnen.

Therapeutisch wurden eingehende Versuche mit Cotoin, Resorcin und Paraldehyd gemacht; ausserdem in diatetischer Hinsicht mit Cacaopulver, beim Nähren der abstinirenden Kranken und solchen mit lang dauerndem chronischen Darmcatarrh. Cotoin ergab keinen Erfolg. Resorcin zeigte sich als mildes Desinfectionsmittel, bot aber

keine wesentliche Vortheile gegen Carbolsäure. Bessere Ernährung wird durch Cacaobutter nicht erzielt, dagegen wird der Geruch Abstinirender aus dem Munde gemildert. Die Versuche mit Paraldehyd haben ergeben:

1. Kleine Dosen sind 3—4, mittlere 6—8, grössere 10—12 Grammen.

2. Die schlafmachende Wirkung ist ziemlich sicher. Je nach den gegebenen Verhältnissen, Grösse der Dosis und Verhalten der Umgebung erzielt es einen ruhigen Schlaf von 3—8 Stunden. Es ist besonders indicirt bei corticalen Erregungszuständen, bei nervöser Schlaflosigkeit und dort, wo die Anwendung von erhöhten Chloraldosen oder die dauernde Verabreichung der letztern ein mögliches Auftreten bedrohlicher Erscheinungen befürchten lässt.

3. Die beruhigende Wirkung des Mittels ist weniger verlässlich, am meisten zeigt es sich noch wirksam bei Bewusstseins-Störungen.

4. Die Vorzüge vor dem Chloral sind: dass es selbst nach längerem Gebrauch keinerlei Störungen im Organismus verursacht und auch bei Herzkranken in grossen Dosen ohne Nachtheil anwendbar erscheint.

5. Die Nachtheile sind: die schwächere Wirkung, desshalb die grossen Dosen; der unangenehme Geschmack und Geruch, ferner der hohe Preis.

Beschäftigt wurden 48,41 Procent, isolirt 151 M. und 191 W. erstere mit 5001 letztere mit 7158 Isolirtagen. Die Summe der Besuche waren 38,591 und entfielen durchschnittlich 27 Besuche jährlich auf einen Kranken. Von dem Krankenpflegepersonal kamen 89 Wärter und 59 Wärterinnen in Abgang, davon haben 34 M. und 29 W. selbst gekündigt. Der Verein zur Unterstützung geheilt entlassener Geisteskranker hat 247 Personen mit 4820 Fl. betheilt in Raten von 5—65 Fl. Zur Beseitigung der Ueberfüllung der Anstalt wurde die Irren-Filiale Kierling mit 104 Kranken belegt und die Aufnahme nicht nieder-österreichischer Geisteskranker thunlichst beschränkt. Die Direction der österreichischen Staatsbahnen hat eine Fahrpreisermässigung um die Hälfte des für die III. Klasse zu zahlenden Fahrpreises für mittellose Irrsinnige eintreten lassen. —

Landesirrenanstalt Ybbs. Gleichfalls wie schon im vorigen Bericht, erwähnt, Ueberfüllung. Die Anstalt ursprünglich in der Zeit des Restraintsystems auf 405 Kranke berechnet enthielt im Laufe der letzten Jahre einen Bettenstand von 443. Da die Bettenzahl nicht mehr reichte, auch die Corridore belegt waren, wurde zur Einlagerung von Strapatzen Zuflucht genommen nachdem der Bestand auf 461 gewachsen war. Auf den Isolirabtheilungen, welche eine Anzahl von 39 Zellen bergen waren fast stationär 82 Kranke untergebracht.

Trotz dieser Ueberfüllung sind keine besonders häufigen Unglücksfälle zu verzeichnen. Der Gesundheitszustand war im Allgemeinen ziemlich gut. 347 wurden an somatischen Krankheiten behandelt. Am häufigsten waren katarrhalische Affectionen der Respirations- und Degestionsorgane vertreten, Lungentuberkulose kam zehnmal vor, Scorbut

1 mal, Typhus 4 mal, wovon 1 Fall tödlich. Todesfälle überhaupt waren 31. Dauernd isolirt waren 2 M. 5 W., zeitweise 12 M. 37 W. — Beschränkt wurden 2 Frauen wegen dauernder Gewaltthätigkeit, 1 Frau weil sie sich beharrlich die Zunge, und eine andere weil sie das Auge herrausreissen wollte. Thätlich vergriffen an andern Kranken, an dem Wartpersonale und hie und da an einem Arzte haben sich 42 M. 12 W.

Landesirrenanstalt Klosterneuburg. Es verblieben aus dem Vorjahr 326 Kranke (148 M. 178 W.) dazu kamen 48 (24 M. 24 W:). In Abgang kamen 52 (25 M. 27 W.) davon geheilt 3 Männer. Gestorben sind 30 (11 M. 19 W.) = 8%. Als Erkrankungsursachen sind hauptsächlich Erblichkeit und Alcohol zu nennen. Die Gesundheitsverhältnisse befriedigten, nur eine einzige Krankheitsform, der Darmkatarrh erreichte eine hohe Ziffer, 157 Fälle auf der Männer- und 245 Fälle auf der Frauenabtheilung. Ursache sind wahrscheinlich klimatische Verhältnisse, da solche Diarrhöen alljährlich zu Anfang des Frühjahrs und Winters wiederkehren.

Das Hauptcontingent der Verstorbenen lieferte die Lungentuberculose. Vereitelte Selbstmordversuche fanden 2 statt. Es wird in dem Bericht das Bedürfniss als dringend hingestellt für Trinker, Verbrecher und moralisch Entartete eine eigene Anstalt zu errichten. In der im vorigen Bericht erwähnten unzweckmässigen Einrichtung in der Anstalt ist noch der Umstand zu erwähnen, dass die weiblichen Kranken durch die Männerabtheilung gehen, wenn sie in den Garten oder in's Bad gelangen wollen und umgekehrt ergibt sich der Fall, wenn die Männer zur Küche gehen. Es wird deshalb gewünscht die Anstalt nur zur Frauenanstalt zu machen. Neuendorff (Bernburg).

IV. Aus den Vereinen.

Physical. med. Gesellschaft zu Würzburg.

V. Sitzung vom 12. Febr. 1887. (Sitzungsbericht 1887.)

380) **Rieger**: *Ein Fall von anfallsartig auftretenden Zuständen von Verlust der lauten Stimme.*

R. stellt der Gesellschaft einen 11jährigen Knaben vor, welcher häufig kurz dauernde Anfälle von Stimmlosigkeit, ganz vorzugsweise beim lauten Lesen, bekommt. Während des Anfalls kann er mit den Sprachorganen alle anderen Bewegungen ausführen. Beim Beginn der Tonlosigkeit macht er niemals Anstrengungen, einen lauten Ton hervorzubringen, sondern er flüstert auf Befragen: „jetzt geht's nicht mehr“, und wenn der Ton wieder kommt, sagt er laut und triumphirend: „jetzt geht's wieder“. Dieser Zustand, täglich wiederkehrend, besteht seit dem 4. Lebensjahre. Das erste Auftreten der Anfälle war von keinen bemerkenswerthen Erscheinungen begleitet. Laryngoscopisch zeigt sich einfach, dass während des Anfalls kein Schluss der Stimmbänder statt hatte; man kann daher die Vorstellung haben, dass

es sich um eine vorübergehende Lähmung der Schliesser handle. Jedenfalls muss man eine functionelle Störung annehmen, wie bei der „hysterischen Aphonie", von welcher sich dieser Zustand namentlich durch das immer Wiederkehren und immer Wiederverschwinden unterscheidet. Nur ein Mittel fand Vortr. bei seinen vielen mit dem Knaben angestellten Versuchen durch äussere Einwirkung den betr. Zustand der Stimmlosigkeit herbeizuführen und das war, wenn er an einer der Stellen, an welchen er beim lauten Lesen gescheitert war, einen Strich in's Buch machte. Wenn er nun an diese Stelle kam, war die Stimme sicher fort. Je mehr man sich mit dem Knaben befasste, desto schlimmer wurde der Zustand, der somit auch durch kein Mittel beseitigt werden konnte. Selbst Hypnotisiren wurde — allerdings vergebens — versucht, da der robuste germanische Bauernjunge durch alle hyptnotischen Prozeduren unbeeinflusst blieb. Nervös oder hysterisch war er eben nicht.

Nicht ohne Interesse ist es jedoch, dass der Knabe eine auffallend verschiedene Innervation seiner rechten und linken Körperhälfte zeigt. Er ist *linkshändig*. Bei genauer Untersuchung treten in der rechten *Hand* leichte zuckende Bewegungen auf. Seltener im rechten Bein. Bei genauem Zusehen sieht man, dass die linke Mundparthie etwas stärker bewegt wird. Ein genaueres Resultat gab die noch nicht veröffentlichte graphische Untersuchungsmethode des Vortragenden; entsprechende Fingerhaltungen links z. B. gaben eine ganz gerade Linie, während sie rechts eine Curve mit Gipfeln und Senkungen darstellten. Vortr. unterlässt es, weitere Schlüsse für die Localisation in der *linken* Grosshirnhemisphäre zu ziehen.

VI. Sitzung vom 26. Febr. 1887.

381) **Rieger:** *Ueber Aphasie.*

Vortrag. stellt den beim Eisenbahnunglück des vor. Sommers schwer verletzten Bildhauer Seybold von Carlstadt vor. Derselbe zeigt in Folge von Brüchen der Schädelbasis und wahrscheinlich einem Bluterguss über der linken Inselgegend, Symptome von Lähmung einerseits und Sprach- und Gedächtnissverlust andrerseits. Hinsichtlich letzterer ist von Wichtigkeit eine beträchtliche Verlangsamung der sprachlichen Reactionen, und ein merkwürdiger isolirter Verlust ganz bestimmter optischer Buchstabenbilder und sämmtlicher Zahlenbegriffe mit Ausnahme von 1, 2 und 3. Pat. vergisst ferner augenblicklich alles.

Goldstein (Aachen).

☞ Die verspätete Ausgabe dieser Nummer ist durch die zeitraubende Herstellung der Holzschnitte pag. 389 u. 396 verursacht. Wir bitten um Entschuldigung. Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern, jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. Juli 1887. Nro. 14.

Inhalt.

I. Originalien. Neuropathologische Beobachtungen von **Prof. M. Bernhardt.**

II. Referate und Kritiken. **Tanzi:** Ueber den psychometrischen Antagonismus der Kälte- und Wärmeempfindungen. **Brown-Sequard:** Verschiedene Effekte nach Reizung der vorderen Halspartie und im besonderen der Verlust der Sensibilität und der plötzliche Tod. **Griffith:** Tuberkulöse Geschwulst an der Hirnbasis. **Netter:** Meningitis als Folge von Pneumokokken. **Florand:** Primäre amyotrophische Lateralsklerose. **Tuczeck:** Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. **Jaccoud:** Tuberkulöse cerebro-spinale Meningitis. **Kast:** Zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. **Löwenfeld:** Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Spontanruptur der Quadricepssehne und Arthropathieen. **Terrillon:** Tetanus cephalicus. **Charcot:** Die Friedreich'sche Krankheit, deren Differential-Diagnose zwischen Ataxie locomotrice und Sclerose en plaques. **Charcot:** Die Friedreich'sche Krankheit. **Stintzing:** Ueber hereditäre Ataxie. **Seifert:** Ueber Hypnon. **Strahan:** Paraldehyd **Hillier:** Cocaininjectionen gegen Gesichtsneuralgie. **Suckling:** Antipyrin als schmerzstillend bei Tabes. **Ball:** Behandlung der Morphiumsucht. **Bigelow:** Die psychischen und nervösen Einflüsse bei Frauenkrankheiten. **Morselli:** Vergleich zwischen dem Gewichte beider Hemisphären bei den Geisteskranken. **Zacher** Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei progressiver Paralyse und bei anderen Geisteskrankheiten. **Wernicke:** Die Aufgaben der klinischen Psychiatrie. **Lemoine et Chaumier:** Wechselfieber und psychische Störung. **Doutrebente:** Remittirende Manie und larvirte Epilepsie. **Kraepelin:** Ueber Erinnerungsfälschungen. **Bruardel:** Erotomanie. **Greppin:** Ein Fall von progressiver Paralyse. **Lapointe:** Une famille entière atteinte simultanément de démonomanie. **Planés:** Bewegung der Geisteskranken in Paris. Aus dem **Jahresbericht** der Provinzial-Irrenanstalt Leubus für 1885. **Elfter Verwaltungsbericht** der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Altscherbitz und des Siechenasyls Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung für 1. April 1885 bis 31. März 1886. **Garnier:** Ueber den Geisteszustand und die Verantwortlichkeit der Morphinisten.

I. Originalien.

Neuropathologische Beobachtungen

von Prof. M. BERNHARDT.

(Zum Theil nach einem in der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin am 13. Juni 1887 gehaltenen Vortrage.)

I. *Ueber eine durch besondere Eigenthümlichkeiten ausgezeichnete traumatische Radialislähmung.*

M. H. Der hier vor ihnen stehende 21 jährige Schlächtergeselle E. R. . . . . . erlitt Mitte September vergangenen Jahres eine Ver-

wundung des linken Oberarms. Ein in die Luft geschleudertes Messer fuhr mit der Spitze in die hintere obere Partie des Arms, dort wo Sie jetzt eine etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Cm. lange schmale Narbe sehen, deren genauere Lage sogleich beschrieben werden wird. Nach Aussage des Kranken war *sofort* eine Lähmung der linken Hand eingetreten: unter zweckmässiger Behandlung heilte die Wunde innerhalb 8 Tagen, die Lähmung aber, welche noch am 26. Februar 1887, dem Tage, an welchem ich den Kranken zum ersten male sah, bestand, blieb trotz alsbald vorgenommener electrischer Behandlung, ungeheilt. Es handelte sich, um das hier gleich vorweg zu nehmen, um eine, wie die electrische Exploration erwies, *schwere Lähmung im Gebiet des linken n. radialis*, von welcher *nur* die Tricepsmuskulatur frei geblieben war. Die Aufzählung der ja genugsam bekannten Symptome einer derartigen Radialislähmung unterlassend, hebe ich nur die Mitbetheiligung der m. m. supinatores, das Erloschensein der directen und indirecten faradischen Erregbarkeit und das Verschwundensein der indirecten galvanischen Erregbarkeit hervor: die gelähmten Extensoren reagirten auf den directen galvanischen Reiz mit schwachen trägen Zuckungen (Ea R.).

Gestatten Sie mir nun, Ihnen zunächst über den weiteren Verlauf der durch das Trauma gesetzten Krankheit zu referiren. Bei der Erfolglosigkeit der, wie schon erwähnt, gleich zu Anfang instituirten electrischen Behandlung schritt Herr College Fehleisen von der chirurgischen Universitätsklinik am 15. October 1886 zur Operation der Nervennaht des höchst wahrscheinlich durch den Schnitt oder Stich des Messers getrennten Nerven.

Sie sehen die 11 cm. lange Operationsnarbe, welche 5 cm. hinter einer Linie verläuft, welche Sie sich vom cond. ext. humeri bis zur Ansatzstelle des m. delt. gezogen denken können. Das oberste Ende der Operationsnarbe liegt höchstens $^1/_2$ cm. tiefer und 3 cm. nach vorn von der Stichnarbe. Auf meine Frage, ob die getrennten Nervenabschnitte bei dieser Operation vernäht worden seien, erwiderte der Kranke, *dass an dem Nerven überhaupt keine Operation ausgeführt* sei: er sei gar nicht durchschnitten gewesen. In persönlicher Besprechung mit Herrn Collegen Fehleisen, der sich für den Fall lebhaft interessirte, erfuhr ich in der That, dass man bei der Operation das peripherische Ende des n. radialis von der sogenannten Umschlagsstelle aus am Oberarm freilegend und so weit als möglich bis zum Niveau der Stichnarbe hin verfolgend (vgl. oben) *kein* verändertes Aussehen desselben, keine Trennung, sondern einen festen Zusammenhang der unter- und oberhalb der Stichnarbe befindlichen Nervenpartien gefunden und daher von weiteren operativen Massnahmen Abstand genommen habe.

Der Patient verweilte vom 23. October 1886 (8 Tage nach der Operation) bis zum 1. Februar 1887 in der Klinik, ohne dass indess trotz electrischer und Massagebehandlung Heilung eingetreten wäre. —

Neben den oben beschriebenen motorischen Störungen fand ich

Ausgangs Februar (vgl. oben) den linken Vorderarm kühl und etwas dünner, als den rechten; es bestand die bekannte, in diesem Falle nur leicht ausgeprägte Sehnenscheidenschwellung auf dem Handrücken und eine in parästhetischen Empfindungen sich kundgebende Sensibilitätsstörung in der Haut über den Supinatoren, die Streckseite des Vorderarmes hinab bis etwa zur Mitte hin, desgleichen an der Rückseite beider Daumenglieder, an der Basis des Zeigefingers und über dem ersten Zwischenknochenraum. Druck auf die Stichnarbe und die Umschlagstelle des n. radialis erregte eher unangenehme, als Kriebeln bezeichnete Empfindungen, besonders im I. spat. inteross.

Es wurde nun eine galvanische Behandlung eingeleitet, indem die eine Electrode entweder auf die Narbe oder die Umschlagsstelle des Nerven stabil gesetzt und mit der andern die gelähmten Muskeln labil bestrichen wurden. Anfang April brachte der Kranke die ganze Hand schon bis zur Horizontalen, wobei dieselbe, was Sie auch heute noch sehen, nach der Radialseite zu abweicht; Ausgangs Mai konnte die Hand schon über die Horizontale hinaus dorsalflectirt werden und fingen auch die basalen Phalanxen schon an, eine geringe Streckbewegung zu zeigen. — Ich will nun keineswegs behaupten, dass diese Besserung (im 6. Monate seit Beginn des Leidens eintretend) nur auf die in den letzten Monaten ausgeführte galvanische Behandlung zurückzuführen sei, glaube aber doch, dass dieselbe wesentlich unterstützend gewirkt hat. Auch habe ich den Kranken nicht *desshalb* Ihnen vorgestellt, sondern um Ihnen zu zeigen, wie trotz scheinbar klar liegender Verhältnisse die thatsächlichen Fakta in ihrer Mannigfaltigkeit uns das Unabgeschlossene unseres Wissens stets wieder aufs Neue klar legen. — Die Operation war jedenfalls gerechtfertigt gewesen; ein Messer war eingedrungen und hatte, wie man mit Recht annehmen durfte, einen Nerven durchschneidend sofort Lähmungszustände in dem motorischen Verbreitungsbezirk desselben gesetzt: den Nerven zu vereinigen, war die Pflicht des Chirurgen, und es ist klar, dass er in jedem künftigen Fall wieder ebenso handeln müsste. Der Nerv wurde aber in diesem Falle *nicht* durchschnitten vorgefunden. Ich habe mir die Sache so vorgestellt, dass das eindringende Messer hinter den Nerven gelangend und mit dem schwereren Stiel nach unten federnd und dabei nach hinten an der Haut bezw. der Tricepsmuskulatur Widerstand findend mit der flachen Klinge, die nach oben und vorn ging, den Nerven an den Oberarmknochen andrückte und stark quetschte. Ich habe mir das desshalb so vorgestellt, weil (die von dem operirenden Chirurgen nachgewiesene *fehlende* Continuitätstrennung des Nerven als sicher gestellt annehmend) die andere Möglichkeit eines Angestochenseins des Nerven eben wegen der fehlenden Trennung und der **Vollkommenheit** der **sofort** eintretenden Lähmung mir keine so gute Erklärung der in diesem Falle thatsächlich vorliegenden Verhältnisse zu geben scheint.

Ich unterlasse es, an dieser Stelle weiter auf die Pathologie der durch directes Trauma entstandenen Radialislähmungen sowie auf die Erfolge der zu ihrer Heilung wirklich ausgeführten Nervennaht ein-

zugehen und erspare mir die Mittheilung meiner nach dieser Richtung hin gemachten persönlichen Erfahrungen für eine andere Zeit und einen anderen Ort.

II. *Weitere Beiträge zur Lehre von der „partiellen Empfindungslähmung“ [centraler Gliomatose des (Cervical-)·Rückenmarks?].*

An zweiter Stelle stelle ich Ihnen die 35 jährige Frau B...... vor, deren jetziges Leiden angeblich im Juli vorigen Jahres mit Schmerzen in der linken Nacken-Schultergegend begonnen hat. Vor 6 Jahren machte sie einen Typhus durch, in dessen Gefolge eine ziemlich ausgedehnte Hautgangrän an der Innenseite des linken Oberschenkels eintrat, an welcher Stelle noch heute eine über Hand grosse, strahlige Narbe zu sehen ist. Betrachten Sie die Patientin von hinten, so sehen Sie, dass die linke Schulterblattgegend gewölbter ist als die rechte, besonders tritt dies in der regio suprascapularis hervor: Die Kranke macht darauf aufmerksam, dass sie ihre Jugend auf dem Lande schwer arbeitend und nicht unbeteudente Lasten auf der linken Schulter tragend zugebracht hat, ein Umstand, der in Bezug auf die Entstehung dieser übrigens immer noch mässigen Deformität nicht ohne Bedeutung gewesen zu sein scheint.

Die Perkussion und Auscultation des Thorax hat übrigens nichts ergeben, was für eine Erkrankung der im Brustraum eingeschlossenen Organe spräche. Trotz häufig auftretender und sehr empfindlicher Schmerzen in der linken Schulter- und Brustgegend, Schmerzen, die bis in den linken Arm hinein ausstrahlen, vermag die Kranke in allen Gelenken der linken oberen Extremität sämmtliche Bewegungen auszuführen. Obgleich also eine eigentliche Lähmung nicht besteht merkt man doch deutlich bei genauerer Prüfung, dass die Gesammtkraft der linken oberen Extremität gegenüber der rechten herabgesetzt ist. Betrachten sie die linke Hand und die Finger der Patientin, so sehen sie letztere fast alle geschwollen, geröthet, hier und da theils von Blasen, theils von Geschwüren bedeckt. Diese Dinge sind entstanden und entstehen fast täglich im Verlauf der häuslichen Verrichtungen der Kranken, besonders beim Anfassen heisser Gegenstände; *nicht* aber der durch die Verbrühung entstandene *Schmerz, der gar nicht empfunden wird,* sondern nur das Gesicht setzen unsere Patientin davon in Kenntniss, dass eine unliebsame Veränderung an ihren Fingern Platz gegriffen hat. Bis in die jüngste Zeit hinein (ich beobachte die Kranke seit Ende Januar 1887) sah man an der linken Hand keine anderen Störungen, als die eben beschriebenen; seit Ende Mai aber beobachtet man ein Abstehen der Finger von einander, eine Krallenstellung derselben, besonders am 5. und 4. Finger, und eine Depression des ersten Zwischenknochenraums, neben leichter Abflachung des linken Daumenballens: auch ist die Annäherung der einzelnen Finger an einander kaum noch ausführbar. In Bezug auf die elektrische Erregbarkeit der hier in Frage kommenden Muskelgruppen (m. m. interossei, Thenar- und Hypothenarmuskeln) ist vielleicht eine mässige Herabsetzung zu constatiren, aber keine EaR.

Prüft man nun die *Empfindlichkeit* der einzelnen Abschnitte der *linken oberen Extremität*, so findet man zunächst an der Hand und den Fingern eine fast *absolute Analgesie*, eine für Schmerz (Nadelstiche, elektrischen Pinsel etc.) und auch für Temperaturunterschiede vollkommen aufgehobene Empfindlichkeit. Dieselbe, etwas weniger ausgeprägt als an den Fingern und der Hand, aber aufs Deutlichste nachweisbar erstreckt sich den ganzen Unterarm, Oberarm hinauf bis zur Schulter- und Nackengegend hin. Am Halse und an der Brust vorn reicht die Analgesie vom Unterkieferrande bis etwa in die Gegend der 4. und 5. Rippe geht nach rechts genau bis zur Mittellinie und begreift die Hinterhaupt- und Schläfengegend und das äussere Ohr (mit Ausnahme des äusseren Gehörgangs) in sich. An allen diesen Stellen, am ausgeprägtesten, wie schon erwähnt, an den Fingern, besteht eine fast vollkommene Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche, den elektrischen Pinsel, Kälte und Siedehitze, während einfache Berührungen prompt empfunden werden, doch aber, der Aussage der Kranken nach, etwas anders, als rechts. Kleine, in die linke Hand gelegte Gegenstände werden ohne Zuhilfenahme der Augen durch Zutasten erkannt, Gewichtsdifferenzen (die auf die Hand aufgelegten Gewichte werden durch untergeschobenes Tuch von der directen Berührung mit der Haut der Hohlhand ferngehalten) durch Armheben und Armsenken richtig geschätzt. Patientin weiss, (natürlich bei Augenschluss) was man mit ihren linken Fingern macht und ahmt mit den rechten die links passiv gegebenen Stellungen richtig nach, desgleichen weiss sie sofort die durch den faradischen Strom bewirkten Lageveränderungen der einzelnen Abschnitte der linken oberen Extremität anzugeben, fühlt auch deutlich das „Zingern“ auf der Haut und das „Summen“ der faradisch contrahirten Muskeln.

Die *elektrocutane Sensibilität* ist also *erhalten* (sowie auch die elektromuskuläre) und nur unbedeutend gegen rechts vermindert: die *elektrocutane Schmerz*empfindlichkeit dagegen ist gegen die der entsprechenden Stellen rechts *enorm herabgesetzt* bezw. *verschwunden*. So z. B. tritt bei Prüfung mit dem Leyden-Munk'schen Zirkel (faradischer Strom) an der Haut über der clavicula rechts (an der gesunden Seite) bei 8 cm. RA (Rollenabstand) deutliche Empfindung des Zingerns ein und bei 5 cm. Rollenabstand Schmerz; links wird das „Zingern“ bei 6 cm. Rollenabstand bemerkt und bei 2,5 cm. Rollenabstand *kein* Schmerz, sondern nur ein Gefühl des Druckes. — Auf dem Handrücken tritt rechts bei 4,7, links bei 4,0 die erste Empfindung ein; sehr nahe schon bei 4,6 – 4,5 tritt nur rechts die Schmerzempfindung hinzu, während links auch bei 0 cm. Rollenabstand *kein* Schmerz wahrgenommen wird.

Die Patientin ist übrigens psychisch vollkommen frei, ganz besonders lassen sich Zeichen hysterischer Natur bei ihr nicht beobachten. Das Sehvermögen ist beiderseits gut erhalten. Das centrale sowie das excentrische Sehen ist beiderseits (auch für Farben) normal, der Augenhintergrund von gewöhnlicher Beschaffenheit, die Augenbe-

wegungen frei, Schielen, Doppeltsehen besteht nicht, nur die *Pupillen sind ungleich,* die linke grösser als die rechte, beide aber auf Licht und bei Akkommodationsanstrengung gut reagirend. Seit Jahren besteht links ein eitriger Mittelohrkatarrh mit Trommelfellperforation und zeitweilig exacerbirenden und wohl mit Recht als Neuralgien im Gebiet des n. occip. maior und auriculo-tempor. aufzufassenden Schmerzen in der linken Schläfenhinterhauptsgegend. Dabei wird aber links die Flüsterstimme noch 10—12 Fuss weit und die Uhr 1—2 Fuss weit gehört. Die Geschmacksempfindung der linken Zungenhälfte ist intakt, der Geruch links wegen seit der Jugendzeit bestehender Verstopfung des linken Nasenlochs vermindert.

Die Sensibilität und Beweglichkeit der linken Gesichtshälfte ist normal, gleich der der rechten: Zungenbewegungen, Sprache, Schlucken, Stimme normal. Rechte obere Extremität nach jeder Richtung hin ohne Abnormität: Gehvermögen intakt, ebenso die Sensibilität an den Beinen. — Die Kniephänomene sind beiderseits in normaler Weise vorhanden; Fussphänomene fehlen; Urin- und Stuhlexcretion normal. Schliesslich möchte ich noch die in den letzten Tagen von der Kranken gemachte Bemerkung anführen, dass die linke obere Extremität und die linke Gesichtshälfte, besonders auffällig aber die linke Hand und die Finger sich häufig von dichten Schweisstropfen bedeckt zeigen, im deutlichsten Gegensatz zu den entsprechenden Partien der rechten Körperhälfte.

Nun, meine Herren, werden sich einige von Ihnen vielleicht meines in eben dieser Gesellschaft*) am 10. Dezember 1883 gehaltenen Vortrages erinnern, welcher der Besprechung eines Falles von sogenannter „partieller Empfindungslähmung" gewidmet war. Ich könnte alle dort angeführten Argumente, dass es sich *nicht* um Hysterie, *nicht* um eine Gehirnaffektion oder ein Leiden peripherischer Nerven auch in diesem, dem damals vorgestellten so ungemein ähnlichen Falle handelt, einfach wiederholen, wenn ich nicht fürchten müsste, dadurch ihre Geduld mehr als mir zukommt in Anspruch zu nehmen; wenn in gegenwärtigem Falle trophische Läsionen an Knochen und Gelenken, wie sie bei dem damals vorgestellten und beschriebenen 19 jährigen jungen Manne bestanden, fehlen, so haben wir dagegen sehr ausgeprägte, in Schrunden-Blasen- und Geschwürbildung sich kundgebenden *trophische Störungen* der *Haut* und den Beginn von Ernährungsstörungen an den *Muskeln.* Obgleich das Vorhandensein derartiger schwerer trophischer Störungen an den Muskeln der befallenen Extremitäten durchaus *nicht* nothwendig zu dem Krankheitsbild gehört, welches ich, ebenso wie in dem damaligen Falle, auch in diesem mit aller Reserve als vorliegend diagnosticiren möchte**) [ich meine ein Leiden im Bereich der linksseitigen

*) Beitrag zur Lehre von der sogenannten „partiellen Empfindungslähmung". Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nro. 4.

**) Dass das Fehlen von atrophischen Erscheinungen nichts gegen die Annahme einer Syringomyelie beweist, habe ich des Längeren sowohl in der oben citirten Arbeit, als auch in der Sitzung des Vereins für „innere Medicin" vom 17. Novbr. 1884 (Vgl. die Verhandl. dieses Vereins Jahrgang IV. 1884, 1885. S. 121—123) auseinandergesetzt.

Wurzelgebiete der Cervicalnerven, glimatöse Degeneration und Höhlenbildung in der centralen grauen Substanz des Halsmarks], so spricht es jedenfalls nicht gegen die Annahme, ja giebt derselben nach der Ansicht einiger Autoren überhaupt erst ein Recht, aufgestellt zu werden.

M. H. Gestatten Sie mir zum Schluss noch eine Bemerkung. Schon vor Jahren und neuerdings wieder (Gaz. hebd. 1886. Nro. 32 ff.) hat ein französischer Arzt Morvan die Aufmerksamkeit auf einen eigenthümlichen, von ihm mehrfach beobachteten Symptomencomplex gelenkt, den er als: *„Paréso-Analgésie des extrémités supérieures“* bezeichnet. Dieses Leiden tritt zuerst immer an einer Hand und deren Fingern auf, geht später auch auf die andere obere Extremität selten auf die untere über und endet in Panaritiumbildung, deren Operation für die Kranken zumeist schmerzlos verläuft. Schrunden der Haut, Geschwürs- und Panaritiumbildung, Knochenbrüchigkeit,*) Hyperhidrose etc. finden sich an den für Schmerz empfindungslosen oberen Extremitäten, dabei eine Parese derselben, welche aber in ihrer In- und Extensität stets hinter der Analgesie zurücksteht. In der Diskussion über dieses eigenthümliche Leiden kommt Morvan zu dem Schlusse, dass es sich um eine Rückenmarksaffektion im Bereich des unteren Halsmarks handelt, eine Ansicht, welche er durch hier zu weit führende Erörterungen, wie ich glaube, mit Recht zu begründen sucht. Ich denke nicht fehl zu gehen, wenn ich diese Fälle, von Paréso-analgésie des extrémités supérieures Morvan's mit den in Deutschland von anderen Autoren und mir beschriebenen Fällen „partieller Empfindungslähmung“ bei möglicherweise vorhandener Rückenmarksglimatose in Zusammenhang bringe und von *einem* Gesichtspunkt aus betrachte. Vielleicht interessirt es Sie, zum Schluss noch von einer von mir im September 1884 gemachten und hierhergehörigen Beobachtung Kenntniss zu nehmen.

Eine damals 54 jährige Frau L.... kam zu mir mit Klagen über Schmerzen und Kältegefühl in der Mitte des rechten Oberarms. Auffallend erschienen mir die kleinen, kolbig verdickten Finger der rechten Hand, an der das Nagelglied des dritten verunstaltet, das des zweiten gequetscht war: das Gelenk zwischen der Dritten- und Basalphalange des rechten Zeigefingers war geschwollen und unförmig. Die Haut der Rückseite des Zeige- und Mittelfingers war geschwollen, roth, an anderen Stellen runzlig und zeigte Geschwürs- und Blasenbildung. Dabei bestand hochgradige Analgesie, in so weit die durch Verbrennung entstandenen Blasen etc. nicht durch das Gefühl, sondern erst durch das Gesicht zur Kenntniss der Patientin gelangten: desgleichen wurde der faradische Pinsel zwar empfunden, verursachte aber nicht, wie links an den entsprechenden Stellen Schmerzen. Der ganze rechte Arm war, wenngleich in allen Gelenken frei beweglich [bei erhaltener Muskelerregbarkeit gegen den elektrischen Reiz] doch im Ganzen

*) In einem der Morvan'schen Fälle entstand bei einer mit Kohlschneiden beschäftigten Frau während ruhiger Arbeit eine Doppelfraktur im unteren Drittel des Vorderarms.

kraftloser, als der linke. — Eine im Laufe des Januar 1885 entstandene *phlegmonöse Entzündung* des rechten Zeigefingers gab zu tiefen *Incisionen* Veranlassung, welche sämmtlich *ohne* jede Narkose ausgeführt, und von der Kranken als schmerzhaft *nicht* empfunden wurden.

Mit dieser den Morvan'schen Beobachtungen ähnlichen Mittheilung schloss mein in der Gesesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 13. Juni 1887 gehaltener Vortrag.

Der Zufall führte mir nun am 18. Juni 1887 folgenden Fall zur Beobachtung zu, den ich mir in aller Kürze im Interesse der Sache als hierher gehörig anzuschliessen gestatte.

Es handelt sich um einen 22jährigen Arbeiter R...., dessen Vater und einer Bruder gesund, dessen Mutter an der „Lungenkrankheit" verstorben ist. Sein ältester Bruder ist halsleidend. Als Kind von 11 Jahren litt er einen Winter lang an Durchfällen; im 12. Lebensjahre fiel er von einem Baume auf den Kopf und lag eine halbe Stunde sprachlos da. Folgeerscheinungen ernsterer Natur sollen hiernach nicht weiter aufgetreten sein. Er blieb 5 Jahre hindurch bis zu seinem 17. Lebensjahre gesund, fing aber damals an *reissenden Schmerzen* in der linken Kopf- und Brusthälfte und im linken Arm zu leiden an. Die zur Zeit bestehenden und sogleich zu beschreibenden *Sensibilitätsstörungen* merkte der Kranke schon vor längerer Zeit zufällig, da sich der linke Arm oft „komisch" anfühlte und er selbst beim Zufassen einen fremdartigen Eindruck von den ergriffenen Gegenständen erhielt. Eine Woche vor Pfingsten (1887) war der Kranke in einem durchaus „freundschaftlichen" Streit (er wurde am linken Arm festgehalten) seiner eignen Aussage nach ganz *sanft* zur Erde geglitten und mit dem linken Arm aufgefallen. Die *Geringfügigkeit* des Traumas wird von dem Patienten *mit Nachdruck* und wiederholt *betont*. Er klopfte nach dem Fall einen ganzen Nachmittag weiter Steine, spürte auch wohl einen Ruck im Arm, „als wenn etwas pickte", trug aber den nächsten Tag noch Wasser und hörte erst auf zu arbeiten, als der Arm „zu dick" wurde. Erst nach $2^1/_2$—3 Wochen (16. Juni), als der Arm nicht abschwellen wollte (*Schmerzen* hatten *nie* bestanden) suchte der Kranke die Hülfe eines Chirurgen (Prof. Gluck's) auf, der nach Constatirung einer Ulnarfractur links einen immobilisirenden Verband anlegte und den Kranken gütigst mir zuwies.

Patient ist ein ziemlich kräftig gebauter, ruhiger, verständiger, dem Alkoholgenuss nicht ergebener und nie syphilitich inficirt gewesener Mensch. Sinnesorgane intakt, bis auf die eine leichte Ungleichheit (linke Pupille etwas grösser als die rechte) zeigenden, eher weiten, auf Licht und bei Akkommodation gut reagirenden Pupillen. Im Facialisgebiet keine Ungleichheit, Zungenbewegung, Sprache, Stimme, Schlucken intakt. Allgemeinbefinden gut: Urin-Excretion ohne Störung, Stuhl etwas retardirt. Kopfbewegungen frei; desgleichen das Gehvermögen; Kniephänomene beiderseits in normaler Stärke vorhanden; keine Sensi-

bilitätsstörungen an den unteren Extremitäten, ebenso wenig an der motorisch vollkommen freien rechten oberen.

In Folge einer in früheren Jahren dauernd in hockender und nach einer Seite hin gebückten Körperhaltung ausgeübten Beschäftigung entstand eine im Dorsaltheil der Wirbelsäule nach rechts hin convexe skoliotische Verbiegung derselben. Sonst ist nur eine sehr deutliche Retardation des Pulses (52—56 in der Minute) bei im Uebrigen normaler Herzaction (Veränderungen an den Klappen bestehen nicht) auffällig. Auch die linke obere Extremität ist vom Schultergelenk ab bis zu den Fingern hin frei beweglich, eine irgend erhebliche Bewegungsstörung besteht jedenfalls nicht, wenngleich der Kranke selbst darauf aufmerksam macht, dass der linke Arm nicht so kraftvoll ist, als der rechte: es war ihm, auch bevor der Vorderarm gebrochen war, aufgefallen, dass die Fingerbewegungen links nicht mit der Schnelligkeit, wie rechts ausgeführt werden konnten. Ob an der linken oberen Extremität, speciell am Vorderarm, der Hand und den Fingern trophische oder vasomotorische Störungen an Haut oder Muskeln bestehen, konnte zur Zeit wegen des Verbandes nicht constatirt werden (ich werde mir erlauben über etwa vorliegende Veränderungen noch nachträglich zu berichten). —

Schon lange war es dem Patienten aufgefallen, dass er durch heisse Gegenstände bewirkte Verbrennungswunden erst sah, und nicht fühlte: „erst ganz *zuletzt*, wenn ein derartiger Unfall sich zugetragen hatte, kam der *Schmerz* durch“. —

Diese Unempfindlichkeit gegen Schmerz durch Siedhitze (mit kochendem Wasser gefülltes Reagensglas, Nadelstiche, den electrischen Pinsel besteht an der gesammten zur Zeit frei liegenden linken oberen Extremität (Hand, Finger, Oberarm), an der Schulter, dem Nacken, Hals, der Brust vorn bis zur 5.—6. Rippe hin, an der linken Kopfhälfte in der Hinterhaupt-, Scheitel- und Schläfengegend, die Ohrmuschel mit einbegriffen bis zu einer Linie hin, welche sich links vom äusseren Gehörgang nach oben bis zum Scheitel ziehen lässt. Sobald nach rechts hin die Mittellinie überschritten oder am linken Rumpf über die 6. Rippe bezw. das Schulterblatt nach abwärts hin ausgegangen wird, tritt sofort die lebhafteste Schmerzempfindung ein, wie sie an allen übrigen Körperstellen in normaler Weise besteht. Die linke Gesichtshälfte ist von der verminderten Empfindlichkeit gegen schmerzhafte Eingriffe zwar ebenfalls befallen, doch in bei weitem geringeren Grade, als die übrigen oben genannten links gelegenen Körpertheile. Neben dieser Analgesie finden sich nun die *übrigen Empfindungsqualitäten*, wenn überhaupt, so doch nur *in sehr geringem Grade*, beeinträchtigt. Berührungen, Striche, Lageveränderungen (z. B. passiv mit den linken Fingern bei Augenschluss des Patienten vorgenommene Stellungsänderungen) der Glieder werden prompt wahrgenommen, in die linke Hohlhand gelegte Gegenstände (die des Verbandes wegen nur mit den Fingerenden betastet werden können) werden sofort erkannt, und die electrocutane (allgemeine), sowie die electromuskuläre

(Beginn einer electrisch bewirkten Muskelcontraktion) Sensibilität und das Gefühl für die durch die Muskelzusammenziehung bewirkte Stellungsänderung der Glieder ist wohlerhalten. Kälte wird nur als Berührung empfunden: erst nach längerem Verweilen kalter Gegenstände kommt dem Kranken die Empfindung der verminderten Temperatur, und auch dann nur undeutlich, zum Bewusstsein. Die Differenzen die sich bei der Prüfung mit dem Weber'schen Tastenzirkel an den Fingerspitzen der linken und rechten Hand ergeben sind verschwindend und fallen in die physiologischen Fehlergrenzen.

Die Empfindung für den elektrischen Strom kommt (Prüfung mit dem Munk-Leyden'schen Tasterzirkel) an der rechten Ohrmuschel bei 7,3, links bei 6,5 Cm. Rollenabstand zu Stande; *Schmerzempfindung* rechts bei 5,9, links bei 4,0 RA.

Stirn rechts 7,8 } und 7,0 { elektrocutane
links 7,2 } und 5,3 { *Schmerz*empfindung.
elektrocutane Sensibilität }

Wange rechts 8,0, links 7,2
6,8, 5,4.

Haut über dem Schlüsselbein, rechts 8,4, links 6,5
6,8, 0,8.

Oberarm (rechts) 6,5, links 5,3
5,0 auch bei ORA. *kein* Schmerz.

Haut über dem I. spat. inteross.
rechts 3,5 links 3,0
0,2 auch bei ORA. *kein* Schmerz.

(Man ersieht hieraus die Abnahme der Schmerzempfindlichkeit der Haut für den elektrischen Reiz speziell am linken oberen Rumpf und der linken oberen Extremität; je niedriger die Ziffer für den Rollenabstand der secundären von der primären Spirale, desto bedeutender die Stromstärke.)

Schliesslich trage ich noch betreffs vasomotorischer und trophischer Störungen die mir vom Patienten mitgetheilte Beobachtung nach, dass seine „empfindungslosen Theile links viel stärker (bezw. überhaupt) schwitzen, als die entsprechenden Körpertheile rechts (was auch von der linken Kopf- und Gesichtshälfte gilt), und dass gegenüber dem normalen Haarbestand in der rechten Achselhöhle, derselbe in der linken kaum nachweisbar ist. Ebenso wie das Schwitzen der afficirten Extremität (vgl. den erst mitgetheilten Fall der Frau B .....) zeigt auch Patient (wie jene Frau) eine leichte Vergrösserung der linken Pupille gegenüber der rechten, was auf einen pathologischen Reizzustand im Budge'schen centr. cilio spin. in der untersten Cervical- und obersten Dorsalpartie des Marks auf der linken Seite hinweist; was die mässige Betheiligung der linken Gesichtshälfte an den in Rede stehenden Sensibilitätsstörungen betrifft, so kann man auch in diesem Fall, wie ich es schon 1883 bei dem damals beschriebenen Kranken (Vgl. Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nro. 4) gethan habe, an eine Affektion der linksseitigen aufsteigenden Trigeminuswurzel denken.

II. Referate und Kritiken.

382) **E. Tanzi** (Turin): Sulle Sensazioni del freddo e del caldo e sul loro antagonismo psicometrico. (Ueber den psychometrischen Antagonismus der Kälte- und Wärmeempfindungen.) (Riv. di filos. scient. 1886.)

Herzen hat das Gesetz aufgestellt, dass die Empfindung des Kalten noch einmal so schnell zum Gehirn geleitet werde, als die des Warmen. Die vorliegenden Versuche bestätigen dieses Gesetz vollinhaltlich. Nach einer längeren Einleitung in welcher eingehend die physiologische Bedeutung der Wärme- und Kälteempfindung besprochen und auf alle Fehlerquellen aufmerksam gemacht wird, die bei daraufhin gerichteten Versuchen zu beachten sind, beschreibt Tanzi seine Versuchsanordnung. Diese besteht im Wesentlichen darin, dass der Arm der Versuchsperson in einer Schiene ruht, welche ein Fenster besitzt. Wenn dieses Fenster geöffnet wird, welcher Moment am Hipp'schen Chronoskope bemerkt wird, so strömt entweder eine sehr rasch verdunstende Flüssigkeit (Methylchlorür) gegen den Arm oder er wird der Wirkung einer brennenden Kerze ausgesetzt. Sobald die Wärme- resp. Kälteempfindung eintritt, gibt der Untersuchte das Zeichen. Dabei hat sich herausgestellt, dass heftige (nahezu schmerzhafte) Wärmeempfindungen noch einmal so langsam zum Bewusstsein gelangen, als Kälteempfindungen. Bei schwachen Wärmeempfindungen wird noch bedeutend langsamer reagirt. Die mittlere Reactionszeit betrug für Kälte: 0·227 Sec. für starke Hitze: 0·507, für schwache Wärmereize 1·160.

Obersteiner (Wien).

---

383) **Brown-Séquard** (Paris): Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et, en particulier, la perte de la sensibilité et la mort subite. (Verschiedene Effecte nach Reizung der vorderen Halspartie und im besonderen der Verlust der Sensibilität und der plötzliche Tod.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 47.)

Aus den von B.-S. angestellten Experimenten geht hervor, dass ein mechanischer Reiz, ausgeübt auf die vordere Halspartie die Sensibilität derselben vermindert oder gänzlich vernichtet, und selbst den Tod in derselben Weise d. h. durch Shok — plötzlichen Stillstand des Herzens, der respiratorischen Bewegungen und plötzliches Aufhören der cerebralen Functionen — wie dies die Pigûre des Bulbus thut, herbeiführen kann.

Dieser Befund erklärt auch, was in gerichtlich-medizinischer Hinsicht von Wichtigkeit ist, den Tod durch Erhängen in den Fällen, wo besonderer Umstände wegen noch Luft genug in den Larynx und die Trachea eindringen konnte.

Pauli (Köln).

---

384) **Wardrop Griffith**: Tuberkular growth of optiv tract, crus cerebri, pons and unsinate convolution. (Tuberkulöse Geschwulst an der Hirnbasis). (The Brit. med. journ. May 28. 1887.)

Klinisch bestand Parese des l. Facialis, Abweichung der vorgestreckten Zunge nach links, und Verstärkung beider Patellarreflexe. Ausserdem fand sich linksseitige Hemiopie, Abschwächung des Geruchs auf der r. Seite und Polyurie. Die Section ergab eine tuberculöse Entartung des r. tract. opt. Dieselbe begann 3 Linien hinter der Kommissur und griff nach hinten auf den Hirnschenkel über, dessen Oberfläche bis dicht an den Pons gleichfalls erweicht war. Endlich war der angrenzende Theil des Gyr. uncinatus in $^1/_8$ Zoll Tiefe zerstört worden.

Interessant ist der Fall namentlich durch die Geruchsstörung, welche nur durch den Erweichungsherd im gleichseitigen Gyrus uncinatus erklärt werden konnte. Nagel (Halle a. S.).

---

385) **Notter** (Paris): De la méningite due au pneumocoque. (Meningititis als Folge von Pneumokokken.) (Arch. gén. de méd. Avril 1887.)

Ist die Pneumokokken-Infection eine allgemeine, so entwickelt sich mit Vorliebe gleich von Haus aus Meningitis, wenn besondere ungünstige Zustände das Gehirn zu einem Locus minoris resistentiae gemacht haben.

Dies ist auch der Grund, wesshalb sie in mehr als zwei Dritteln der Fälle Alkoholiker befällt.

Sodann sind es die schweren Pneumonien, die ihrer Genese, besonders bei abgeschwächtem Organismus, Vorschub leisten, und die als solche die Gegenwart jener pathogenen Mikroorganismen im Blute kennzeichnet. So sah Diehl in drei Fällen von Pneumonie, welche mit Aderlass behandelt worden waren, im Gegensatze zu anderen, bei welchen diese Encheirese keine Anwendung gefunden hatte, Meningitis auftreten.

Viel seltener beobachtet man dieselbe, wenn sie das Resultat einer localen Infection ist.

In diesem Falle gibt sie sich meist schon im Beginne der Pneumonie und noch früher kund und kommt jedenfalls dadurch zu Stande, dass — Cornil hat in den Tonsilben der an Pneumonie leidenden Subjecte die fragliche Pilse nachgewiesen — dieselben durch die eine oder andere Oeffnung des Kopfes bis zu den Meningen vordringen und dieselben in Entzündung versetzen. Pauli (Köln).

---

386) **Antoine Florand** (Paris): Sclérose laterale amyotrophique. (Primäre amyotrophische Lateralsklerose.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 75.)

Die vorstehende Krankheitsform, von der wir in ätiologischer Hinsicht weiter nichts wissen, als dass sie sich mit dem Beginne des Greisenalters einstellt, und die ihren Sitz im pyramidalen Faserbündel hat, verhält sich, was ihre symptomatische Seite betrifft, wie die von Charcot beschriebene primäre Sklerose beider Seitenstränge, bei nor-

malem Verhalten der Vorder- und Hinterstränge, jedoch mit dem Unterschiede, dass dort die Muskeln der oberen und unteren Extremitäten atrophirt und im weiteren Verlaufe Störungen von Seiten des Bulbus wie behinderte Bewegungen der Lippen, Zunge und der Fauces zugegen sind.

Gewöhnlich fehlen auch bei der primären amyotrophischen Lateralsklerose die Contracturen nicht, die hier daher zu rühren scheinen, dass die degenerirten Nervenbündel in den mit ihnen in Verbindung stehenden motorischen Zellen den vorderen Hörnern der grauen Substanz einen grösseren oder geringeren Reizzustand unterhalten, der durch seine Gradation die verschiedenen abgeschwächten Formen jener Affection, sowie das ungewöhnliche Fehlen der Contracturen erklärt.

Jene unterscheidet sich von der progressiven Muskelatrophie durch die vorhandenen bulbären Störungen, welche auch von einer Verwechselung mit der disseminirten Sklerose en plaques schützen sowie mit Tabes dorsalis, wo ausserdem noch der Muskelschwund fehlt.

Bei der Behandlung dieses Leidens kommt es darauf an, besonders im Anfange desselben, von allen excitirenden Proceduren, namentlich von der Anwendung der Electricität, Abstand zu nehmen. Zuweilen leisten auf die Wirbelsäule applicirte Revulsiva, lauwarme Bäder, Kalium bromatum und jodatum, phosphorsaures Zink in sehr kleiner Gabe befriedigende Dienste. Pauli (Köln).

---

387) **Tuczeck** (Marburg): Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. (Arch. f. Psych. XVIII. 2. p. 329.)

Zur Ergänzung seiner früheren Berichte über die Ergotismus-Epidemie im Kr. Frankenberg (Reg.-Bez. Cassel) im Jahre 1879 und 1880 untersuchte der Verf. kürzlich — also nach 7 Jahren — die damals an der „Kriebelkrankheit“ schwer erkrankten Patienten, soweit solche noch am Leben waren. (Es sei bezüglich der Krankheitssymptome nur an das Trio: Epilepsie-artige Krämpfe, psych. Störung mit dem Character der Demenz und Hinterstrang-Affection mit Fehlen des Kniephänomens, erinnert.) Von den 29 in der Marburger Anstalt behandelten Patienten waren 9 gestorben, meistens an den Folgen der Krämpfe und geistig tief gestört; 5 konnten äusserer Umstände halber nicht untersucht werden. Von den 15 anderen leiden noch 2 jetzt an Epilepsie, die meisten haben theilweise bedeutende Intelligenzdefecte behalten und haben eine dauernde Einbusse des Kniephänomens erlitten. Nur 3 im Ganzen sind geistig völlig intact und dies sind die einzigen, bei denen das Kniephänomen wiedergekehrt ist. Bei vielen Patienten waren Kopfweh und andere Parästhesien vorhanden, während anderweitige Sensibilitätsveränderungen, Motilitätsstörungen und Ataxie in keinem Falle bestanden. — Verf. hebt besonders hervor, dass bei den Ergotismuskranken die Erscheinungen *keinen progressiven Character* gezeigt haben, trotzdem sie doch jetzt wohl — nach siebenjährigem Bestand — als irreparabel anzusehen seien. Es seien, ausser dem Fehlen des Kniephänomens, auch entschieden keine tabischen Symptome vorhanden. Die dauernde Intelligenzeinbusse und die Nei-

gung zu Rückfällen hätte man als schwerste und constanteste Folgeerscheinung zu nehmen. Alles zusammengenommen — sei der Ergotismus als eine schwere Volksepidemie anzusehen.

„Thatsache ist, dass ganze Familien ausgestorben sind, viele Personen seitdem noch jetzt an Epilepsie leiden und man in jedem der inficirt gewesenen Dörfer eine Anzahl Leute antrifft, die durch jene Krankheit dauernd an Intelligenz eingebüsst haben."

Langreuter (Eichberg).

---

388) **Jaccoud** (Paris): Méningite cérébro-spinale tuberculeuse. (Tuberkulöse cerebro-spinale Meningitis.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 32.)

Wenn Kinder von der bevorstehenden Krankheit befallen werden, zeigen dieselbe immer die gleichen bekannten Symptome. Nur ausnahmsweise ist dies der Fall, wenn Erwachsene in Frage kommen.

In der Regel eröffnet hier die Scène ein Delirium, welches um so leichter zu einer Verwechselung Anlass gibt, als dasselbe solche Charactere, wie sie dem Delirium tremens zukommen, darbietet und als das Fieber fehlt.

Oft wird auch jede diagnostische Handhabe bis zum Tode vermisst, oder es treten erst kurz vor demselben cerebrale Erscheinungen zu Tage, oder die fragliche Affection macht unter den erwähnten Umständen solche Remissionen, dass sie einen Monat und länger dauern kann, oder endlich sie beginnt mit einem epileptischen Anfalle oder mit plötzlich erscheinender Aphasie.

Der Annahme, dass die tuberkulöse Meningitis bei Erwachsenen zu den grössten Seltenheiten gehöre, widerspricht J., da er in drei Jahren sechs derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Am häufigsten kommt sie zwischen dem 30.—40. Jahre vor, selten später, doch bleibt auch das Greisenalter nicht ganz davon verschont. Unverhältnissmässig häufiger fällt ihr das männliche Geschlecht zum Opfer als das weibliche.

In therapeutischer Hinsicht kommt es darauf an, der Constipation durch Calomel entgegenzutreten, das Delirium mit grossen Gaben Jodkalium in Verbindung mit Kalium bromatum, wenn psychische Aufregung zugleich vorhanden ist, zu beschwichtigen und endlich trockene Schröpfköpfe auf die unteren Extremitäten und grosse Vesicatore in den Nacken zu appliciren, welch letztere man in der Absicht mit Ungt. Neapolitan. verbindet, um eine rasche und energische Resorption des Quecksilbers zu bewirken.

Pauli (Köln).

---

389) **Kast** (Freiburg): Zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. (Arch. f. Psych. etc. XVIII. 2. p. 437.)

In 2 Fällen obiger Erkrankung, beide mit genügend characteristischem klinischem Verlauf, welche verhältnissmässig früh zur Section kamen, war der pathologisch-anatomische Befund *derartig characteristisch verschieden*, dass der Verf. davor *warnt*, den für die anatomischen Verhältnisse nichts präjudicirenden Namen der *„cerebralen*

Kinderlähmung“ fallen zu lassen, und ihn voreilig durch den Terminus: „Polioencephalitis acuta“ zu ersetzen.

1.) Im Alter von 9 Wochen heftige Krämpfe anfangs allgemein, später nur rechts; 12 Tage lang Dauer; Schwäche der rechten Extremitäten. Viermalige Wiederholung der Attaquen in Pausen von 1–13 Monaten. Zunehmende Hemiplegie rechts. Zahlreiche unvollkommene Anfälle. Normale Intelligenz. Tod im Anfall nach 3 jähriger Gesammtdauer der Erkrankung.

2.) Normale Entwicklung bis zum 6. Lebensmonat. Plötzlicher Eintritt von tagelangen Convulsionen rechts mit nachfolgender Extremitätenparese rechts. Verändertes psychisches Verhalten. Nach 5 Monaten allgemeine clonische Krämpfe mit nachfolgender spastischer Hemiplegie links. Harnretention. Verblödung. Wiederholung der Anfälle alle 3—4 Wochen. Tod im Anfall nach 14 monatlicher Dauer der Erkrankung.

Im *ersten Falle* fand sich lediglich *gleichmässige Atrophie* der *linken Grosshirnhemisphäre ohne* nachweisbare Herderkrankung (keine absteigenden Atrophieen) — während im *andern Falle* hochgradige allgemeine Atrophie der Hirnrinde durch *diffuse chronische Encephalitis* der grauen und weissen Substanz in den vorderen zwei Dritteln beider Hemisphären (ebenfalls ohne absteigende Degeneration) constatirt wurde. Langreuter (Eichberg).

---

390) **L. Löwenfeld** (München): Ueber einen Fall von Tabes dorsalis mit Spontanruptur der Quadricepssehne und Arthropathieen.

(Münch. med. Wochenschrift 1887. Nro. 20.)

Hans S., 40 Jahre alt, erlitt im 27. Lebensjahre beim Tanzen eine Läsion der rechten Achillessehne — es handelte sich um eine partielle Ruptur derselben. Gebrauchsfähigkeit der Beine wurde wieder normal. Im Alter von 18 Jahren Schanker und Bubo, keine secundären Erscheinungen. 1878 Schwäche in den Beinen, 1879 Kältegefühl und Taubsein in denselben, 1880 vernahm Pat. beim Gehen auf ebenem Terrain einen Knacks und gleich darauf heftigen Schmerz in der linken Kniegegend. Der hinzugerufene Arzt fand die Sehne der linken Quadricepsmuskeln von der Kniescheibe abgerissen und die Function dieser Muskeln völlig aufgehoben. Heilung in 5 Monaten. Im April 1881 entstand eine Geschwulst an der Innenseite des rechten Oberschenkels, vielleicht eine Gefässruptur und Bluterguss in die Muskulatur, bald darauf bildete sich noch eine grössere Anschwellung an gleichen Oberschenkel aussen. Nach 4 Wochen beseitigt. Während der Resorption Fieber und Decubitus in der Kreuzbeingegend. Gehfähigkeit in der Folge bedeutend erschwert. 1881 trat Pat. in Hessing's orthopädische Anstalt in Göppingen ein, konnte vermittelst eines Apparates nach 3 Wochen umhergehen. Im Februar 1882 am linken Oberschenkel plötzlich eine Anschwellung, ähnlich der früheren rechterseits. Juli 1882 Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Schwäche und „rheumatische“ Schmerzen. Nierenerkrankung. Urin eiweisshaltig, Beine

oedematös, Fieber. Zahlreiche Abscesse. Genesung nur sehr allmählich. Pat. musste von nun an im Rollstuhle gefahren werden. 1882 Urinbeschwerden. 1885 Fractur des rechten Schlüsselbeines beim Aufrichten im Bette.

Verf. constatirte: Pupillenreaction auf Lichtreiz beiderseits träge, Schwerhörigkeit linkerseits; etwas vergrösserte Cervicaldrüsen. Muskulatur der Arme dürftig, Motilität und Sensibilität normal. Mässige Kyphose. Drüsen der Leistengegend vergrössert. Beide Beine nach aussen rotirt, das rechte etwas verkürzt; beide Fussgelenke verdickt; rechts Subluxation der 2. Grosszehenphalanx, links der ersten. Muskulatur der Beine dürftig, diejenige des Gesässes auffallend schlaff. Oberhalb der Patella links eine Lücke, durch welche hindurch der blossliegende Femor zu tasten ist. Fehlen des Patellarligamentes. Beugung des Kniegelenkes activ und passiv hochgradig beschränkt, rechts erheblicher wie links. In den Fussgelenken Ab- und Adduction bedeutend, Flexion und Extension in geringem Maase beschränkt. Unterscheidung von Spitze und Knopf an beiden Beinen mangelhaft, Ortssinn, Temperatur und Empfindlichkeit für successive Berührungen ebenfalls geschädigt. Lage- und Bewegungsempfindung am Fusse und den Zehen beiderseits äusserst mangelhaft. Keine Kniephänomene.

Besonderes Interesse erhielt in diesem Falle, den Verf. für Tabes dorsalis hält, das Ensemble trophischer Störungen. Der Decubitus bildet vielleicht eine zufällige Complication, dagegen steht die Affection der Knochen und Gelenke im Zusammenhang mit den Veränderungen des Nervensystems. Rechter- und linkerseits bestand ein tabetisches Hüftgelenksleiden. Ebenso muss man die Alterationen des Phalangealgelenkes des rechten und des Metatarsophalangealgelenkes der linken Grosszehe als tabetische Arthropathien ansprechen, letztere allerdings wohl in schleichender Weise entwickelt. Noch grösseres Interesse nimmt die spontane Sehnenruptur in Anspruch, die bislang nur einmal (in der Erb'schen Klinik) beobachtet ist (cf. dies. Centralbl. 1885 pag. 377). Verf. fasst sie als trophische Störung auf. Die Syphilis ist wohl nicht als Ursache anzuschuldigen, da Sehnenzerreissungen in Folge dieser Krankheit bis jetzt nicht beobachtet sind, zudem liegen in *diesem* Falle ja noch anderweitige trophische Störungen vor.

Goldstein (Aachen).

---

391) **Terrillon** (Paris): Tétanos céphalique. (Tetanus cephalicus.)
(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 84.)

Indem T. auf die Schwierigkeiten der Diagnose des in der Entstehung begriffenen Tetanus und auf einen Fall dieser Art hinweist, wo von ihm zuerst Paralyse des Gesichts und dann Contractur desselben beobachtet worden ist, erkennt er mit Schwartz, der jedoch erstere in Abrede stellt und letztere für eine einseitige erklärt, einen Unterschied zwischen dem dysphagischen und hydrophobischen Tetanus an.

Pauli (Köln).

---

392) **Charcot** (Paris): La maladie de Friedreich, diagnostic différentiel d'avex l'atacie locomotrice et la sclérose eu plaques. (Die Friedreich'sche Krankheit, deren Differential-Diagnose zwischen Ataxie locomotrice und Sclerose en plaques.)

(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 52.)

An je einem Fall von Friedreich'scher Krankheit und Ataxie locomotrice werden die unterscheidenden Merkmale beider Affectionen und der Sclerose en plaques demonstrirt.

Zunächst zeichnet sich der letztere Fall, der einen Mann von 32 Jahren betrifft, dadurch aus, dass in einem so frühen Lebensalter die Tabes erschienen ist, was sie bei Männern nur sehr selten und bei Frauen nur zuweilen thut, gewöhnlich dann in der Weise, dass sich ihre characteristischen Symptome sehr rasch entwickeln.

Obgleich jene drei Affectionen sich in vielen Stücken gleichen, so weichen sie doch auch in manchem von einander ab.

So vermisst man die der Tabes zukommenden Störungen der Medulla, der Eingeweide, der Ernährung und der Augen bei der Friedreich'schen Krankheit.

Nur Nystagmus begleitet dieselbe sowie die Sclerose en plaques, was auch von der langsamen und scandirten Sprache gilt.

Während aber bei dem letzteren Leiden das Romberg'sche Zeichen fehlt und die Sehnenreflexe vermehrt sind, verhält es sich bei den ersteren umgekehrt. Pauli (Köln).

---

293) **Charcot** (Paris): La maladie de Friedreich. (Die Friedreich'sche Krankheit.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 58.)

Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit, der einen Mann von 20 Jahren betrifft, giebt Ch. Anlass, dieselbe zum Gegenstande einer Besprechung zu machen.

Hiernach sind die nur am liegenden Kranken sich markirende adducirte Stellung der Füsse und Zehen, — eine Stellung, die dessen Vater bei allen seinen Kindern als eines der ersten Symptome jenes Leidens beobachtet hat, — sowie die im Zustande der Ruhe vorhandenen, der Athetose ähnlichen, choreatischen Bewegungen die characteristischen Merkmale der fraglichen Affection.

Man könnte dieselbe mit der Ataxie locomotrice und mit der Sklerose en plaques verwechseln, mit letzterer desshalb, weil sie ebenfalls schon im Alter von 7—16 Jahren erscheint.

Diese jedoch ebenso wie die Ataxie, welch letztere ausserdem sich erst nach dem zurückgelegten 20. Lebensjahre einzustellen pflegt, stehen im Gegensatze zu der unaufhaltsam weiter vorschreitenden Friedreich'schen Krankheit zeitweise in ihrem Verlaufe still.

Dieselbe zeichnet ferner noch der merkwürdige Umstand aus, dass sie z. B. von den neun Kindern der mit verschiedenen nervösen Leiden behafteten Eltern fünf ohne Unterschied des Geschlechts zu ihrem Opfer erwählt, während vier von ihr verschont bleiben. Auf dem Wesen dieser unheilbaren Krankheit liegt wegen ihres sehr seltenen

Vorkommens noch ein dichter Schleier; nur so viel steht fest, dass es sich hier um einen diffussen Prozess handelt, der in den Goll'schen, Burdach'schen, hinteren und seitlichen Strängen, von welch letzteren er sich selbst auf die vorderen ausbreitet, seinen Sitz hat.

Pauli (Köln).

---

394) **R. Stintzing** (München): Ueber hereditäre Ataxie.

(Münch. medic. Wochenschrift 1887. Nro. 21.)

Im ärztlichen Vereine zu München (15. Dezbr. 1886) stellte S. 2 jugendliche Patienten, welche die Erscheinungen der echten Friedreich'schen Krankheit darboten, vor. Verf. war in der Lage über die sämmtlichen näheren Verwandten Notizen zu geben. Der *Vater*, ein Bauer, von 67 Jahren ist ein gesunder kräftiger Mann, die *Mutter*, mit ihrem Manne nicht verwandt, eine blühend aussehende Frau von 53 Jahren. In der Ascendenz beider ist nichts Neuropathologisches. Sie erzeugten 7 Kinder, von denen eines früh starb. Die übrigen Kinder sind folgende:

1) Therese R., 32½ Jahre alt, hochgradig gelähmt. Seit 12 Jahren kann sie nicht mehr gehen. Später als die Beine wurden auch die Oberextremitäten von der motorischen Störung ergriffen. Schwache Stimme, schwerfällige Sprache. Die noch möglichen Bewegungen in geringem Grade atactisch. Muskulatur des Stammes ebenfalls zum Theil gelähmt. Sehnenreflexe erloschen.

2) Erster Sohn R. starb vor einem Jahre im Alter von 31 Jahren, soll das gleiche Leiden gehabt haben.

3) Georg R., 28 Jahre alt, kräftig und blühend, ist impotent.

4) Martin R., 19 Jahre alt, etwas unentwickelt, hochgradig nervös.

5) Rosalie R., (der Gesellschaft vorgestellt) 15 Jahre alt. Beginn des Leidens im 9. Lebensjahre mit Schwäche in den Beinen. Gleichzeitig Anfang der manuellen Ungeschicklichkeit. Sie ist ein blühendes Mädchen von guter Intelligenz. Bewegungen der Bulbi frei; aber locomotorischer und bisweilen statischer Nystagmus. Sprache normal. Anhaltende Pulsbeschleunigung (100—124). Sensibilität normal. Nirgends Spuren von Parese. An den Oberextremitäten Spuren von locomotor. Ataxie bei feinerer Bewegung, keine statische Ataxie. Beim Sitzen mit geschlossenen Augen starkes Schwanken. Stehen mit geschlossenen Augen unmöglich. Gang atactisch. Sehnenreflexe erloschen. Electr. Erregbarkeit im Peroneusgebiet einfach herabgesetzt.

6) Josef R., 13 Jahre alt, (ebenfalls vorgestellt) ein schwächlich gebauter Junge, führt den Beginn seines Leidens ebenfalls auf das 9. Lebensjahr zurück. Ganz dieselben Erscheinungen wie die Schwester.

Die beiden letzten Fälle sind Bilder echter Friedreich'scher Krankheit. Das Nichtvorhandensein der atactischen Sprachstörung spricht, da die Krankheit sich noch in ihrem ersten Stadium befindet, nicht gegen diese Diagnose. Die constante Beschleunigung der Herzaction ist auch von Friedreich beobachtet worden. Der Beginn der Erkrankung fällt nicht in die Pubertätszeit, wie in Friedreich's

Beobachtungen, sondern beide Male in's 9. Lebensjahr. Bei den verschiedenen Autoren werden in dieser Beziehung verschieden lautende Angaben gemacht. Von grossem Interesse ist es, dass die übrigen vier Kinder mehr oder weniger neuropathisch veranlagt sind; namentlich schwer erkrankt sind die beiden ältesten. Höchst wahrscheinlich hat es sich auch bei diesen um dasselbe Leiden gehandelt, wie bei den jüngsten. Man muss dann allerdings annehmen, dass der anatomische Process während der ca. 27 Jahre seines Bestehens nicht auf die primär befallenen Abschnitte des Rückenmarks beschränkt geblieben wäre, wodurch das ursprünglich vielleicht typische Bild der hereditären Ataxie späterhin verwischt sei. Da die Eltern vollkommen gesund waren, so bleibt uns die Vermuthung, dass die Krankheit die Folge einer für die Entwicklung des Rückenmarks ungünstigen Conjugation sei. Goldstein (Aachen).

---

395) **Otto Seifert** (Würzburg): Ueber Hypnon. (Münch. med. Wochenschrift. Nro. 18. 1887.)

Die Darreichung des Hynon's (Acetophenon's) geschieht am Besten in Gelatinkapseln (0,05 enthaltend), mit Glycerin oder Mandelöl gemischt wegen der starken chemischen Reizung der Magenwand. Unangenehme Nebenwirkungen traten in den Beobachtungen des Verf. nicht auf, selbst bei grösseren Dosen (0,4) nicht. Wohl aber fand eine auffallende Gewöhnung an das Mittel statt. In keinem von den 7 mitgetheilten Fällen hat die hypnotische Wirkung versagt, aber ein längerer Gebrauch war theils wegen Nachlass der Wirkung, theils wegen Widerwillen der Patienten unmöglich. Ueber 0,6 möchte Verf. im Hinblick auf Laborde's Bemerkungen über den Einfluss des Mittels auf den Vagus in keinem Falle gehen. Ob das Mittel bei Geisteskranken wirksam ist, hat Verf. aus der Literatur nicht ersehen können. (Vielleicht beziehen sich Kraepelin's Bemerkungen im Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden 1886 auch auf derartige Kranke. Das Original ist mir nicht zur Hand. Im Referat (dies. Centralbl. 1886 pag. 575) ist es unter die Gruppe von Schlaflosigkeit bei psychischer Erregung ohne Angstgefühl aufgeführt. Dosis 2—7 Tropfen.) Goldstein (Aachen).

---

396) **S. A. K. Strahan** (London): Paraldehyde. (Paraldehyd.) (The Lancet. 12. März 1887.)

Der grosse Vortheil, den das Paraldehyd vor dem Chloral hat, besteht darin, dass es bekanntlich nicht wie jenes die Herzthätigkeit abschwächt, keine Aufregung verursacht, keinen Kopfschmerz zurücklässt und die Verdauung selbst wenn längere Zeit gebraucht, nicht stört. Gewöhnlich genügen 3—4 Gramm, um Schlaf herbeizuführen. Bleibt derselbe nach Verlauf von 5 Minuten aus, so thut man besser, noch eine zweite gleiche Dose zu verabreichen, als gleich mit einer grösseren zu beginnen.

Am besten nimmt sich diese Drogue in einem einfachen Syrup mit einem Zusatz eines vegetabilischen Amarum. Pauli (Köln).

---

397) **A. P. Hillier** (Cape Colony): Hypodermic injections of cucaine in facial neuralgia. (Cocaininjectionen gegen Gesichtsneuralgie.)
(The Brit. med. journ. Juni 4, 1887.)

Ein bemerkenswerther Fall von Heilung einer seit 4 Jahren bestehenden, überaus lästigen und allen andern Behandlungsmethoden (nur Neurotonie war noch nicht versucht), trotzenden mit heftigen Spasmen umhergehenden Gesichtsneuralgie. Injectionen von $^1/_2$ Gran 2 mal täglich genügten, um nach kurzer Zeit die Anfälle zum Schweigen zu bringen.

Dieselben stellten sich zwar während den folgenden 6 Monaten 2 mal in rudimentärer Form wieder ein, wurden jedoch durch mehrmalige Anwendung des Mittels stets sofort wieder beseitigt.

Nagel (Halle a. S.).

---

398) **C. W. Suckling**: Antipyrin as an anodyne in locomotor ataxy. (Antipyrin als schmerzstillend bei Tabes.)
(The Brit. med. journ. Juni 11. 1887.)

Nach dem Vorgange von Germain Sée, welcher Antipyrin gegen rheumatische, gichtische und neuralgische Schmerzen empfiehlt, wandte S. das Mittel in 3 Fällen von Tabes mit heftigen Schmerzen an. Das Mittel brachte jedes Mal erhebliche Erleichterung, in einem Falle vollständige Beseitigung der seit einem Jahre fast ununterbrochen wüthenden Schmerzen. Die angewandte Einzeldosis betrug 10 Gran, welche beim jedesmaligen Eintritt eines Schmerzparoxysmus genommen wurde.

Nagel (Halle a. S.).

---

399) **Ball** (Paris): Traitement de la morphinomanie. (Behandlung der Morphiumsucht.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 40.)

Nachdem der Kranke in einer geeigneten Anstalt Aufnahme gefunden hat, kommt es darauf an, dessen meist schon gesunkenen Herztonus zu heben. Zu diesem Zwecke wird schwefelsaures Spartein subcutan und nur im Falle der Noth zugleich Morphium ebenso injicirt.

Pauli (Köln).

400) **Horatio R. Bigelow** (Leipzig): The psychic and nervous influences in diseases of women. (Die psychischen und nervösen Einflüsse bei Frauenkrankheiten.) (The Lancet. 7. Mai 1887.)

Ebenso wie Irritation des Gehirns durch Mittheilung der Nervenzustände aus inneren, entfernteren Organen entstehen kann, ebenso verhält es sich auch umgekehrt.

Noch mehr wird letzteres da der Fall sein, wo, wie bei gewissen nervösen Zuständen, eine wirkliche Läsion der grauen Substanz des Gehirns (Liebermeister) vorliegt, die als (innerer) krankhafter Reiz sich aus naheliegenden Gründen mit Vorliebe auf die inneren Genitalorgane der Frauen überträgt und hier consecutiv Congestion oder Anämie bedingt.

Pauli (Köln).

---

401) **E. Morselli** (Turin): Sul peso comparativo dei due emisferi cerebrali negli alienati. (Vergleich zwischen dem Gewichte beider Hemisphären bei den Geisteskranken.) (La Psichiatria 1887.)

Durch genaue Wägungen an 133 Gehirnen Geisteskranker angestellt, kommt M. zu folgenden Schlüssen: das von Luys supponirte Ueberwiegen der linken Hemisphäre existirt nicht; vielmehr findet sich bei beiden Geschlechtern und in jedem Alter häufiger die rechte Hemisphäre schwerer; dieser Unterschied zu Gunsten der rechten Seite ist im Allgemeinen bei Geisteskranken mehr ausgesprochen.

Die grössten Differenzen im Gewichte beider Hemisphären finden sich allerdings in der progressiven Paralyse, bei Hemiplegischen und in den senilen Formen, sind aber hier auf einen atrophischen, regressiven Process im Gehirne zurückzuführen. Von diesen Formen abgesehen wird die grösste Assymetrie des Gehirnes in der Epilepsie angetroffen; in diesem Falle haben wir es allerdings mit einer abnormen Entwicklung dieses Organs zu thun.

Zwischen den Assymetrien des Schädels und denen des Gehirnes bei Geisteskranken bestehen keinerlei directe Beziehungen.

Obersteiner (Wien).

---

402) **Zacher** (Stephansfeld): Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei progressiver Paralyse und bei anderen Geisteskrankheiten. (Arch. f. Psych. XVIII. p. 62 u. 348.)

Die vieldiscutirte Frage über die eigentliche Natur des Prozesses bei der allg. Paralyse bekommt durch die Untersuchungen des Verf. insofern wieder ein anderes Gesicht, als derselbe sich *gegen* das Schematisiren des Vorganges als chronische interstitielle Encephalitis wendet und dafür eintritt, dass die Erkrankung auf verschiedenartigen Factoren beruhe, deren Verbindung durch eine gemeinsame Ursache vor der Hand noch sehr hypothetisch erscheint. — Nach den verschiedensten Methoden (Weigert, Exner, Friedmann, Flemming, Nissl etc.) wurden 31 Gehirne untersucht und zwar 13 × Paralyse, 6 × Dementia senilis, 5 × Epilepsie und Idiotie und 7 × functionelle Psychosen. Es führten die Untersuchungen zu folgenden Resultaten: In jedem Falle von Paralyse liess sich mehr oder weniger erheblicher *Schwund* der markhaltigen *Nervenfasern* nachweisen (Tuczek) — *ohne* dass jedoch dadurch dieser Befund als für Paralyse *characteristisch* proclamirt werden könnte, weil eine Reihe anderer Krankheitsformen sich ganz ähnlich verhielt, z. B. 4 × von 5 Fällen seniler Demenz! und ferner bei 3 Fällen langjähriger epileptischer Geistesstörung und 2 Fälle von Verrücktheit. Eigenthümlicher Weise wurden jedes Mal neben dem Faserschwund erhebliche *Gefässveränderungen* atheromatöser Natur constatirt und bei den betr. Patienten (mit Ausnahme der Paralytiker) konnte Abusus spirituos. anamnestisch eruirt werden, sodass die Annahme ätiologischen Zusammenhangs sehr nahe liegt. — Besonders zu erwähnen ist der Fall eines von Kindheit auf abnormen Menschen, der später an schwerer Psychose (Hebephrenie) erkrankte.

Den hier in gewissen Grosshirnrindenbezirken gefundenen Nervenschwund mässigen Grades von eigenthümlich gleichartigem Character fasst Zacher als congenitale abnorme Feinheit der Fasern auf.

Was nun die *Lokalisation des Nervenschwundes* betrifft, so stimmt der Verf. mit Tuczek zwar überein, dass im Allg. die vorderen Gehirnparthieen zuerst und am intensivsten befallen werden, kann aber nicht beipflichten, dass gerade der Gyrus rectus eine Prädilectionsstelle bildet; ebenso stimmt Zacher dem angeblich *regelmässigem Typus* des Fortschreitens der Atrophie von oben in die tieferen Schichten (Tuczek) nicht bei, ist nur damit einverstanden, dass freilich am häufigsten die peripheren Schichten zuerst ergriffen werden. Endlich behauptet Zacher im Gegensatze zu Tuczek, dass der Faserschwund nicht so regelmässig gradatim von den vorderen Hirnparthieen nach den hinteren fortschreiten (mit Freilassung des Hinterhauptlappens), dass er vielmehr sehr häufig unregelmässig, fleckweise auftrete; und ferner: dass die Intensität des vorhandenen Faserschwundes einen Maasstab zur Beurtheilung der zu Lebzeiten vorhandenen Demenz *nicht* abgebe. . Das Verhältniss sei sehr häufig *kein* proportionales.

Bezüglich des *Vorganges* des Faserschwundes konnte Zacher zwei verschiedene Modificationen unterscheiden, nämlich einmal die *einfache Atrophie*, welche nach Knötchen- und Varicositäten-Bildung und Verfärbung der Nervenfaser entstand, und ferner eine *andere Art*, wo die Faser unregelmässig aufquoll, ein krümeliches Aussehen und rissige Contouren annahm und theilweise in Myelinkugeln, schollige und körnige Gebilde überging. Diese letztere Veränderung fand sich am häufigsten in der Deckschicht und zumeist in den Fällen, bei welchen kurze Zeit vor dem Tode stärkere Ernährungsstörungen des Gehirns stattgefunden hatten. Sie unterschieden sich als *regressiver Prozess* sehr wohl von dem primär *parenchymatösen Vorgang* des einfachen *Faserschwundes* und hatten ätiologisch offenbar nichts damit zu thun. Was speziell die Fälle von Paralyse anbetraf, so bestand zwischen den interstitiellen und Gefäss-Erkrankungen einerseits und dem jeweilig vorliegenden Faserschwund andererseits *kein* constantes, paralleles, sondern ein sehr wechselndes, unregelmässiges *Verhältniss*. —

„Wir werden unwillkürlich zu der Annahme gedrängt, dass es sich bei der vielgestaltigen Gruppe der paralytischen Erkrankungen um complicirtere Vorgänge handeln dürfte, als man bisher anzunehmen geneigt war, und dass weder die Annahme einer interstitiellen Encephalitis, noch die einer parenchymatösen, primären Degeneration der Nervenfasern für sich allein ausreicht, alle hier vorkommenden Befunde zu erklären.“ —

Schliesslich constatirte der Verf., dass bei der Paralyse die Veränderungen der Hirnhäute bezüglich ihrer Intensität nicht im Verhältniss stehen zu dem Grade des Faserschwundes; er vermisste in keinem Falle Veränderungen der Ganglienzellen, die jedoch wesentlich anderer Art als bei den senilen Erkrankungen seien, und hält Tuczek gegenüber das Vorkommen von Erweiterungen der pericellulären Räume

(keine Kunstproducte!) in den vorderen Hirnpartieen bei der progessiven Paralyse und einzelnen anderen Fällen aufrecht.

Langreuter (Eichberg).

---

403) **Wernicke** (Breslau): Die Aufgaben der klinischen Psychiatrie (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1887. Nro 13.)

Geisteskrankheiten sind nichts Anderes als Erkrankungen einer bestimmten, wenn auch ausgebreiteten Localität des Gehirnes und zwar derjenigen Schichten der Rinde, die als ausschliessliches Organ des Bewusstseins dienen. —

Auf diese Erkrankungen sind unbedingt die für die Beurtheilung von Gehirnkrankheiten überhaupt massgebenden Grundsätze, ganz besonders die Griesinger'sche Lehre von den Herd- und Allgemeinsymptomen anwendbar. Was bedeutet der Begriff „Herdsymptom" bei den Krankheiten des Bewusstseins, und wie weit ist es möglich in dem ausgedehnten Organe desselben Localitäten verschiedener Function ausfindig zu machen, sodass ihre besondere Erkrankung zur Entstehung von Herdsymptomen Anlass geben kann? Verf. spricht von drei verschiedenen Arten oder Formen des Bewusstseins: 1) *Bewusstsein der Körperlichkeit*, Erinnerungsbilder des eigenen Leibes, deren Verknüpfung untereinander durch Associationsfasern gar nicht fest genug gedacht werden kann. 2) *Bewusstsein der Aussenwelt*, die durch die Sinnesorgane gelieferten Erinnerungsbilder der Aussenwelt. 3) *Bewusstsein der Persönlichkeit*, die complicirteste Zusammenordnung von Erinnerungsbildern, die persönlichen Erlebnisse des Individuum betreffend, die Wechselbeziehung seiner Körperlichkeit zur gesammten Aussenwelt umfassend. Die dritte Form ist gewissermassen die Resultante aus den beiden ersten.

Wie immer die complicirteste Function am leichtesten Schaden leidet, so lehrt die klinische Erfahrung, dass in den leichteren Formen von Geistesstörungen (reine Manie und Melancholie) nur das Buwusstsein der Persönlichkeit ergriffen wird, während d. B. der Körperlichkeit und d. B. der Aussenwelt intact bleiben. Ebenso kann das B. der Körperlichkeit primär oder anfangs allein erkranken, während ein anderes Mal d. B. der Aussenwelt, wenigstens das überwiegend Erkrankte im Gesammtbilde der Geisteskrankheit bilden kann.

Diese drei grossen Categorien, in die das Gesammtbewusstsein zu theilen ist, sind weiterhin noch zerlegbar. Das Bewusstsein der Körperlichkeit z. B. in Kopf-, Arm-, Rumpf-, Bein-, Herz-, Magen- u. s. w. Region.

Auf diese Weise construirt Verf. klinisch die psychischen Herdsymptome. Für ihre anatomische Localisation entwickelt er folgendes: die Erfahrungen der Aphasie lehren, dass die Lebenszeit, in welcher ein gewisser Inhalt des Bewusstseins erworben worden ist, für den Projectionsort massgebend ist; es könnte anderenfalls nicht möglich sein, dass ein Schlaganfall die Muttersprache verschont, aber eine später erlernte fremde Sprache wegwischt. Solche Erfahrungen gestatten die Verallgemeinerung, dass *d. B. der Körperlichkeit*, welches

in seiner Entstehung bis in das intrauterine Leben zurückreicht — die Sexualsphäre ausgenommen — in der einen, *d. B. der Aussenwelt* dagegen, welches viel später erworben wird, in der darüber oder darunter liegenden Rindenschicht enthalten sei, während *d. B. der Persönlichkeit* als späteste Erwerbung wieder eine ganz besondere Schicht von Associationssystemen für sich in Anspruch nehmen dürfte. Die weiteren Unterabtheilungen des Bewusstseins werden sich an das Projectionssystem anlehnen müssen.

Soweit die psychischen Herdsymptome.

Zu den psychischen Allgemeinerscheinungen rechnet Verf. alle Anfälle (epileptische, paralytische etc.), Coma, Somnolenz, Stupor, Jactation, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, die krankhaften Affecte (sowohl die primären (Angst), wie die secundären) u. A.

Wir kommen nun — sagt Verf. zum Schlusse — zu dem gegenseitigen Verhältniss von Herdsymptomen und Allgemeinerscheinungen und müssen leider eingestehen, dass in dieser Beziehung unsere Kenntnisse noch äusserst mangelhaft sind. Dass es eine grosse Zahl verschiedener Geisteskrankheiten giebt, unterliegt keinem Zweifel; bekannt sind uns davon aber nur ein kleiner Bruchtheil und auch dieser nur in allgemein verschwommenen Umrissen. Die zahlreichen verschiedenen Krankheitsformen des Bewusstseins nach ihren Herderscheinungen und Allgemeinerscheinungen fester zu umgrenzen und aus dem überreichen Material bestimmte Krankheitsbilder herauszuformen, das ist gerade die Aufgabe, in der die Zukunft der klinischen Psychiatrie liegt. Doch lässt sich der Erfolg dieser Bestrebungen schon jetzt verbürgen, da der allgemeine Satz, welcher sich in der Gehirnpathologie bewährt hat, uns auch hier sicher leitet. Die klinische Bedeutung der Herdsymptome hängt von den begleitenden Allgemeinerscheinungen ab, das wissen wir von den Gehirnkrankheiten. In der Psychiatrie gehört es zu den sichersten Thatsachen der Erfahrung, dass krankhafte Vorstellungen wieder verschwinden können, wenn sie unter lebhaften Gemüthsbewegungen aufgetreten sind, dagegen sich zum fixen, unheilbaren Wahn entwickeln, wo die begleitenden Affecte gefehlt haben.

Erlenmeyer.

---

404) **Lemoine** et **Chaumier:** Des troubles psychiques dans l'impaludisme. (Wechselfieber und psychische Störung.) (Ann. méd. pscyholog. März 1887.)

Verf. kommen auf Grund ihrer mitgetheilten Beobachtung zu folgendem Resultate: 1) heftige Delirien ohne besondere Kennzeichen können bei prädisponirten Leuten den Fieberanfall begleiten. 2) Bei denselben Individuen treten seltener in der Reconvalescenz Störungen auf in Form von Stupor oder Manie, von unbestimmter Dauer und meist günstigem Ausgange. 3) Personen, welche lang an dem Fieber gelitten haben und larvirte Symptome aufweisen, sind intermittirenden Störungen der Psyche oder einer chronischen Psychose ausgesetzt. Die Diagnose kann sich in letzterem Fall nur auf die Anamnese stützen. 4) Es gibt wahrscheinlich eine Pseudoparalyse nach Wechselfieber.

5) Bezüglich der Behandlung ist es wichtig auf vorausgegangene Wechselfieber bei Kranken zu achten. Chinin wirkt gut bei den intermittirenden und den Reconvalescenzpsychosen, während seine Wirkung bei der chronischen Form weniger günstig zu sein scheint und vorzüglich auf die vorübergehenden Aufregungszustände beruhigend wirkt.

Otto (Dalldorf).

---

405) **Doutrebente** (Blois): Manie rémittente, double forme, épilepsie larvée. (Remittirende Manie und larvirte Epilepsie.)

(Ann. méd. psycholog. September 1886.)

Verf. theilt zwei Fälle von larvirter Epilepsie mit, in denen die epileptischen Krampfanfälle erst lange Zeit nach dem Beginn der psychischen Störung auftraten. Im ersten Falle handelt es sich um einen 1846 geborenen Mann, derselbe erkrankte 1864 an Manie, die periodisch wurde, 1880 in „Folie circulaire", ein Jahr später in „Folie à double forme" überging. Juli 1881 wurde der erste epileptische Krampfanfall beobachtet, dem bis 1886 noch 55 folgten, während das frühere wechselnde psychische Bild verschwand. Der zweite Fall betrifft eine Frau, die 1879 an maniakalischer Erregung mit Verfolgungsideen erkrankte und mehrere Jahre wiederkehrende morgentliche Exacerbationen zeigte, während sie Nachmittags ruhig und arbeitsam war. Der erste epileptische Anfall trat 1887 auf.

Verf. wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht die periodischen Irrsinnsformen überhaupt aus einer epileptischen Basis entspringen möchten. Eine frühzeitige Brombehandlung wäre alsdann in solchen Fällen am Platz.

Otto (Dalldorf).

---

406) **Kraepelin** (Dresden): Ueber Erinnerungsfälschungen.

(Arch. f. Psych. XVII. p. 830. XVIII p. 199 und 395.)

„Wir haben es bei den *Fälschungen der Erinnerung* mit einer scheinbaren Reminescenz zu thun, welche sich nicht an ein wirkliches Erlebniss in der Vergangenheit anknüpft," während die *Hallucination* im Allg. als eine Wahrnehmung bezeichnet werden kann, der kein äusseres Object entspricht. — Es liegt in diesen Worten des Verf. selbst gewissermassen ein Zugeständniss, dass es ein heikles Unternehmen ist, in allen Fällen das Gebiet der Gedächtnisstäuschungen von dem der Sinnestäuschungen unterscheiden zu wollen; haben doch andere Autoren (Sully) zwei Gruppen der ersteren (in einer gewissen Parallele zu den letzteren) unterschieden, von denen die eine mit *theilweiser Verfälschung wirklicher Erinnerungen* den *Illusionen* entsprechen würde, während die *völlige Fälschung* einer Reminiscenz sich als Analogon der *Hallucination* betrachten liesse. — Es wird auf dies Kapitel weiter unten zurückzukommen sein. Unter Vermeidung der genannten Schwierigkeiten unternimmt Kräpelin eine andere Eintheilung, die nur den Fehler hat zu sehr *rein psychologisch* zu sein und dadurch etwas willkürlich erscheint.

I. „Der einfachste Fall ist dort gegeben, wo Phantasiegebilde beliebigen Inhalts, wie sie gerade der Verlauf der Vorstellungen er-

zeugt, ohne Weiteres mit der Prätension von Reminiscenzen in's Bewusstsein treten, d. i. *einfache Erinnerungsfälschung.*" Es kommen diese Täuschungen bei Gesunden und Kranken vor. Z. B. Ein Jäger erzählt ein nicht erlebtes, sondern frei erfundenes Abenteuer so oft, dass er schliesslich an seine Realität selbst glaubt; oder ein Geisteskranker erklärt sich eine auftauchende Wahnidee dadurch, dass er annimmt die Nebenumstände selbst erlebt zu haben, oder er reproducirt einfach ein deliröses Erlebniss, oder ein Melancholiker begeht unwillkürlich völlige Fälschungen einzelner Züge des früheren Lebens im Sinne seiner jetzigen krankhaft veränderten pessimistischen Anschauung. Andere Kranke (selten Gesunde) confundiren die Erlebnisse eines Traumas mit der Wirklichkeit, oder sie werden durch Lectüre, Abbildungen u. dgl. zur Erzählung vermeintlicher Selbsterfahrungen veranlasst. —

Der Verf. gesteht selbst zu, dass in der Praxis die Unterscheidung zwischen hallucinatorischen oder delirösen Reminiscenzen einerseits und wirklichen Erinnerungsfälschungen andrerseits nicht immer ganz leicht sei und glaubt, dass im concreten Falle die *Constanz des Inhaltes* bei Wiederholung von Erzählungen Geisteskranker für Errinnerungstäuschungen spräche. Dass er den letzteren ein zu grosses Gebiet einräumt glaubt übrigens Referent behaupten zu dürfen und zwar besonders gestützt auf die vom Verf. als Beispiele mitgetheilten Krankengeschichten. Nach Ansicht des Rf. ist es nicht als wirkliche Erinnerungsfälschung aufzufassen, wenn z. B. ein Paralytiker oder ein Verrückter seinen Wust von Grössenideen in kaum endenwollenden Redeschwall producirt. Die in's Ungemessene gehende Phantasie, der sich überstürzende beschleunigte Ideenablauf fördern Wahngebilde zu Tage die freilich aus dem aufgespeicherten Erinnerungsbilderschatz stammen und planlos herausgerissen werden, darum doch aber kaum als bewusste Reminiscenz von etwas vermeintlich Erlebten gelten dürfen. Der Inhalt der Wahnideen *klingt nur dem Zuhörer* als vermeintlich „Erlebtes" seitens des Kranken. Freilich, wenn man den Letzteren *fragt* und zu *Erklärungen* veranlasst, verlegt er mit dem Reste von Logik, die ihm geblieben, die seine „Grösse" ausmachenden Componenten als Facta in die Vergangenheit zurück, auch wenn er die wirkliche Erinnerung nicht hat. Es ist das ein kritikloser Erklärungsversuch seinerseits und seine Erläuterung „man vergisst doch nicht was man im Leben erlebt hat" ist eine Phrase, ein Rudiment aus gesunden Tagen. — Bei den confusen Wahnideen der Paralytiker und mancher „Verwirrter" dürfte diese Auffassung zutreffend sein. Dass es bei intelligenten „Verrückten" sich manchmal anders verhält, soll nicht geleugnet werden; doch sei daran errinnert, dass, wenn man Kranke letzterer Art mit ausgebildeten Wahnsystemen zu erklärenden Erzählungen auffordert, ihre Quellen selten rein phantastischen Ursprungs sind, sondern fast immer aus missverstandenen thatsächlichen Ereignissen herstammen, also einen mehr Illusionenähnlichen Character haben.

II. Eine andere Gruppe von Erinnerungsfälschungen wird de-

finirt durch den Umstand „dass die scheinbare Erinnerung nicht frei entsteht, sondern sich als Anklang an einen *gegenwärtigen Eindruck* darstellt! Die Kranken construiren sich innere Beziehungen zwischen der gegenwärtigen Situation und jener vermeintlichen Reminiscenz. Diese Täuschungen sollen sich von den Illusionen dadurch unterscheiden, dass bei ersteren das *Erinnerungsbild* durch die gegebene *Situation*, bei letzteren die *Situation* (oder z. B. eine Person) durch die *Erinnerung* umgemodelt wird. — Freilich dürfte es in der Praxis schwierig sein immer den Character der Täuschung festzustellen! Von Beispielen sei nur angeführt: Verwechselung gegenwärtiger Personen, Oertlichkeiten etc. mit solchen früherer Erfahrung, oder von Anwesenden mit bekannten historischen Persönlichkeiten oder solchen von denen der Patient gerade gehört oder gelesen hat. Hier nimmt also (im Gegensatz zur Illusion) die *Person der Reminiscenz* das Aeussere und den Character der *gegenwärtigen* an!, diese „*associirende Erinnerungstäuschung*" bezieht sich ferner auch auf Situation, Gespräche und dgl. und geht oft bis in's kleinste Detail.

III. Die bekannteste Form der hier in Rede stehenden Täuschungen; die auch von Psychologen und Literaten viel discutirt und gleichsam schon populär geworden ist, ist die von Kräpelin sogenannte „*identificirende Erinnerungsfälschung*". Dieselbe lässt uns eine ganze Situation als die genaue Wiederholung eines früheren Erlebnisses erscheinen. Diese Störung kommt bekanntlich im gesunden Leben bereits sehr häufig vor „und entsteht am leichtesten, wenn sich unsere Aufmerksamkeit in einer uns gleichgültigen oder abspannenden Umgebung von vielen Menschen ermüdet für einige Augenblicke auf das eigene Innere zurückzieht." (Vorübergehende Hemmung der Aufmerksamkeit.) Von anderen Autoren ist die genannte Täuschung auch „Doppelwahrnehmung" genannt (vielfach in Romanen etc. verwerthet). Dass dabei eine Art von Bewusstseinstrübung mit im Spiele ist, dafür spricht, dass sie häufig bei Epileptischen und zuweilen im Traume Gesunder beobachtet wurde. An Erklärungsversuchen hat es dieser merkwürdigen Erscheinung nicht gefehlt! (Gleichzeitige Empfindung eines Sinneseindruckes und eines Erinnerungsbildes, Neuman; zeitliche Verschiedenheit zwischen Perception und Apperception unter dem Einfluss der Ermüdung, Anjel; Incongruenz der Action beider Hirnhemisphären, Jensen, Wiedemeister, Schuele). In einigem Gegensatze zu diesen Autoren ist Kräpelin der Meinung, dass es sich bei der identificirenden Erinnerungsfälschung in einigen wenigen Fällen um wirkliche, wenn auch sehr dunkle Erinnerungen ähnlicher Vorkommnisse, meistens aber um völlige *phantastische Erzeugung* der Reminiscenz handele. Im speciellen Falle giebt also — unter bestimmten Bedingungen, Ermüdung und dgl. — eine beliebige Wahrnehmung der „Phantasie" den Anstoss zur selbstständigen Hervorbringung der Scheinreminiscenz. Einzelne besondere immer wiederkehrende der in Rede stehenden Täuschung eigenthümliche Züge (das subjective Gefühl selbst, das rasche Auftreten und Verschwinden etc.) deren Erörterung hier zu weit führen würde, veranlassen Kr. zu der

genannten Auffassung, in der er mit Jessen, Sully und Buccola wenigstens ungefähr übereinstimmt. — (Eine wirkliche *Erklärung* der letzteren Erscheinung, sowie vieler anderer analoger Vorgänge, die in der scharfsinnigen aber leider zu sehr „psychologischen" Arbeit Kräpelins behandelt werden, dürfte am besten bis zu dem hoffentlich nicht mehr zu fernen Zeitpunkt verschoben bleiben, wo die Lehre von der *Rindenlocalisation* auf festeren Füssen steht! Ref.)

Langreuter (Eichberg).

---

407) **Brouardel** (Paris): Erotomanes; exhibitionistes. (Erotomanie.)
(Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 60.)

Unter den auf Wahnvorstellungen beruhenden Bestrebungen nimmt die Erotomanie wegen ihres häufigen Vorkommens den ersten Rang ein. Ein derartig afficirtes Inviduum, nur der platonischen Liebe ergeben und meist zeugungsunfähig, wesshalb von ihm, wenn dasselbe besondere Umstände an das Ziel seiner heissen Wünsche gedrängt haben, der Tod der Beschämung vorgezogen wird, ist gewöhnlich eitel und selbstzufrieden, Zeichen, welche schon auf den Anfang der allgemeinen Paralyse hindeuten.

Hieran schliesst sich die in der Ueberschrift qualificirte Neigung, die immer begleitet von den Symptomen der Hysterie oder Epilepsie, jedoch nie von sexueller Erregung, regelmässig und zur selben Stunde und am selben Orte wiederkehrt und den intellectuellen Verfall da erwarten lässt, wo noch andere verdächtige Momente vorliegen.

Fehlen dieselben, so kann zuweilen die gerichtsärztliche Beurtheilung eines derartigen Zustandes eine sehr schwierige sein, besonders weil der Verstand dieser Individuen noch nicht so grosse Noth leidet, dass sie nicht unter Umständen solchen Impulsen den nöthigen Widerstand entgegenzusetzen vermögen.

Doch soll man dabei immer den Umstand, den v. Krafft-Ebing und andere Beobachter hervorgehoben haben in Erwägung ziehen, dass das Prodromalstadium der allgemeinen Paralyse in der Regel viel länger zu dauern pflegt, als man gewöhnlich annimmt.

Pauli (Köln).

---

408) **L. Greppin** (Basel): Ein Fall von progessiver Paralyse.
(Arch. f. Psych. XVIII. 2. p. 578.)

Hübsche und sehr correcte Schilderung einer Dementia paralytica, deren Hauptinteresse darin liegt, dass — in Folge Complication mit accidentellen Krankheiten — der Fall in einem sehr frühen Stadium (ca. $^3/_4$ J. nach Beginn) zur Section kam, und dass deshalb nur ein verhältnissmässig sehr geringer Schwund der markhaltigen Nervenfasern gefunden wurde. (Färbung nach Exner.) Indem Verf. in Bezug auf diesen Fall die Tuczek'schen Ansichten bestätigte stimmt er mit demselben Autor auch darin überein (nach Untersuchungsresultaten): dass in Gehirnen länger erkrankter Paralytiker *und auch* Altersdementer der Faserschwund sehr bedeutend ist, während diese Reduction bei Sectionen functionell Geistesgestörter und Geistesge-

gesunder nicht gefunden wurde. Die letzteren Untersuchungen fanden meistens nach der Saffraninmethode statt, welcher der Verf. sehr das Wort redet. Langreuter (Eichberg).

---

409) **Lapointe** (La Roche-Gandon (Mayenne): Une famille entière atteinte simultanément de démonomanie. (Ann. méd. psycholog. 1886. Novbr.)

Ueber die erste Erkrankung der Familie Lochin, deren Mitglieder sehr abergläubisch, beschränkt und theilweise hysterisch waren, ist früher berichtet worden (dies. Centr.-Bl. 1883. S. 425). Im August 1884 wurde die Mutter von neuem unruhig und ängstlich und nachdem eine Wallfahrt mit zwei Kindern nichts genützt hatte, ergriff die Störung auch die übrigen Familienmitglieder, so dass im November Alle der Anstalt übergeben werden mussten. Es bestanden ganz ähnliche Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen wie das erste Mal. Im Asyl besserten sie sich gesondert von einander rasch und konnten nach sechs Wochen entlassen werden. Darauf trennte sich die Familie und bis jetzt hat die Mutter nur noch einen kurzen Rückfall bekommen. Dem abergläubischen Wahne entsprechend hatte die Familie vor der zweiten Aufnahme wie früher fortwährend Geheimmittel eines Zauberers gebraucht und es fand sich bei ihr in Vorrath ein spirituöser Auszug von Absynthblättern, von dem die Familie allerdings nur selten genossen haben will. Verf. setzt das gleichzeitige Auftreten der psychischen Erkrankung sämmtlicher Familienmitglieder in eine Reihe mit dem epidemischen Vorkommen von Geistesstörung.

Otto (Dalldorf).

---

410) **Planés** (Paris): Mouvement de l'aliénation mentale à Paris (1872—1885). (Bewegung der Geisteskranken in Paris.)
(Ann. med. psycholog. Januar 1887.)

Den Mittheilungen des Verf. liegt eine von demselben unter Legrand du Saulle gefertigte These zu Grunde. Es wird hauptsächlich untersucht, ob die Zahl der Geisteskranken in Zunahme begriffen ist. Die Zahl der in sämmtlichen pariser Anstalten internirten Geisteskranken beträgt von 1872—1885 im Ganzen 49,267, im Jahre 1872 3,084, im Jahre 1885 4,186. Von 1880 ab macht sich, wie aus der graphischen Darstellung deutlich zu sehen ist, eine bedeutende Zunahme der internirten Geisteskranken geltend. Im Verhältniss zur Bevölkerungszahl (1872 : 1,851, 742 und 1886 : 2,260, 945) zeigt sich, dass 1872 je eine Internirung wegen Geistesstörung auf je 547 Männer und 665 Weiber kam, während 1886 eine auf 487 Männer resp. 610 Weiber kommt. Im allgemeinen hat beim männlichen Geschlechte die Zahl der Alkoholisten (schlechte Qualität der Getränke), die geistesschwachen Erwachsenen und der Senilen, bei weiblichem Geschlecht die Zahl der Paralysen, der Melancholie, des Verfolgungswahns zugenommen.

Verf. erblickt an seinen Ergebnissen einen deutlichen Beweis für die Zunahme der Geistesstörung in Paris und bekämpft Luniers abweichende Absicht (cf. d. C. Bl. 1885 S. 117). Nach Ansicht des

Referenten lässt sich diese Frage überhaupt nicht mit den Zahlen der Internirten ohne weiteres entscheiden. Mag sich in den genannten Jahren das Anstaltswesen von Paris nicht wesentlich verändert haben, (während Lunier die Zunahme der Internirten in ganz Frankreich hauptsächlich der Verbesserung der Anstalten zuschreibt), so haben sich doch wie Verf. auch andeutet, andere Faktoren allgemeiner socialer Natur geltend gemacht, die die Zahl der Aufnahmebedürftigen erhöhen musste und so den Zuwachs der Internirten erklären können, ohne dass eine Zunahme der Geistesstörung überhaupt anzunehmen nöthig ist. Aehnliches findet sich auch an andern Orten (cf. d. C. Bl. 1886 S. 583).

Was das Verhältniss der Geschlechter betrifft, so kommen auf die 49,000 Kranke 27,000 Männer und 22,000 Frauen oder auf 129 Männer 100 Frauen. Die hohe Ziffer für die Männer ergibt sich aus dem häufigen Alkoholismus derselben.

Der Einfluss der Jahreszeiten macht sich in der Weise geltend, dass die meisten Aufnahmen im dritten und zweiten Quartal vorkommen, die wenigsten im ersten und vierten. Dass das zweite Quartal überhaupt die meisten Aufnahmen zeigt, mehr als die heissen Monate des dritten, spricht gegen den alleinigen Einfluss der Hitze auf die Steigerung in der schönen Jahreszeit. Es dürften andere Momente beim Wiedererwachen des Frühlings (Heraustreten aus dem engen häuslichen Leben und dadurch leicht gebotene Conflikte etc.) zu einer Steigerung der Aufnahmen führen. Die Statistik der Selbstmorde bestätigt auch die hier gefundene Resultate.

Bezüglich der verschiedenen Formen von Seelenstörung und ihres Verhaltens in den genannten Jahren stützt sich Verf. allein auf die von Lasègue, Legrand du Saulle und P. Garnier aufgenommenen und diagnosticirten Fälle, welche noch die stattliche Zahl von 32000 repräsentiren. Beim Alkoholismus ist ein starkes Wachsthum seit 1880 bemerkbar. Der Niedergang der wirthschaftlichen Verhältnisse treibt zu erhöhtem Genuss von Alkohol, der, was die Qualität betrifft, zumeist selbst in den Weinen von schlechtester Sorte ist. Im Jahre 1883 war die Aufnahme der Alkoholisten am grössten, zugleich auch der Epileptiker und Paralytiker. Von den aufgenommenen Männern waren 28% Alkoholiker, von den Weiber 6%, doch ist letztere Zahl auch im Steigen. Von den Altersdementen überwiegen die Frauen die Männer, welche mehr von Paralyse und Alkoholismus heimgesucht werden. Die gesteigerte Aufnahme der Altersdementen erklärt sich auch durch sociale Verhälltnisse (Schwierigkeiten der Ueberwachung etc. in den complicirten Verhältnissen der Grossstadt). Die Paralyse nahm bei den Frauen im Verhältniss mehr zu als bei den Männern. Auch die Zahl der Aufnahme von erwachsenen Geistesschwachen hat sich vermehrt, wohl in Folge der durch den Umschlag der wirthschaftlichen Verhältnisse erhöhten Schwierigkeit anzubauen. Epilepsie und Hysterie sind sich verhältnissmässig ziemlich gleich geblieben. Melancholie und Verfolgungswahn traten beim weiblichen Geschlechte häufig auf. Bezüglich der Aufnahme von Kindern fand Verf. nichts erwähnenswerthes.

Otto (Dalldorf).

411) Aus dem Jahresbericht der Provinzial-Irrenanstalt Leubus für 1885. (Dr. Alter.)

Ende 1884 befanden sich in der Anstalt 154 Kranke (76 M. 78 W.) dazu kamen im Jahre 1885, 282 (134 M. 148 W.) zusammen 436. Davon gingen ab 256 (133 M. 123 W.). Durchschnittlich verpflegt wurden täglich 176,208 mithin 6,208 mehr als im Etat angenommen ist. Unter den Aufgenommenen hatten 85% angeblich nur eine Krankheitsdauer von 6 Monaten, Recidive waren 37. Erbliche Anlage wurde nachgewiesen bei 30%. Hauptsächliche Krankheitsursachen waren Trunksucht und Wochenbett. Entlassen wurden als genesen 76 (43 M. 33 W.) 29,7%. Gebessert 54 (23 M. 31 W.), ungeheilt 106 (60 M. 46 W.), gestorben sind 20 (7 M. 13 W.). Der einzelne Kranke wurde im Verhältniss zum Vorjahr in erheblich kürzerer Zeit geheilt, trotzdem waren Rückfälle nicht häufiger. Je länger die Krankheit vor der Aufnahme gedauert hatte desto ungünstiger waren die Chancen der Genesung, so dass von den Kranken, deren Krankheit nicht länger als 4 Wochen bestand 44% genasen, während von über 1 Jahr lang Kranken Niemand mehr geheilt wurde. Die Sterblichkeit betrug 4,5%. Die Morbilität war stärker. Es kam Typhus, Pneumonie, acuter Gelenkrheumatismus, Phthitis, Uterinblutung und Phlegmone mehrfach vor. Beschäftigt wurden 64% der Männer 65,3% der Frauen.

In der Pensionsanstalt waren Ende 1884 im Bestande 40 Kranke (27 M. 13 W.), aufgenommen wurden 16 (12 M. 4 W.), davon gingen ab 16 (12 M. 4 W.). Im Durchschnitt wurden täglich 38,9 Kranke verpflegt. Entlassen wurden als: genesen 2 (1 M. 1 W.). gebessert 1 Frau, ungeheilt 6 Männer, gestorben sind 7 (5 M. 2 W.). Die Sterblichkeit war auffallend gross 12,5%, darunter 1 Suicidium.

Neuendorff (Bernburg).

---

412) Elfter Verwaltungsbericht der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Altscherbitz und des Siechenasyls Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung für 1. April 1885 bis 31. März 1886. — Dr. Paetz.

Ende März 1885 waren in der Anstalt 370 Kranke (210 M. 160 W.). Dazu kamen 162 (95 M. 67 W.), abgingen 152 (64 M. 88 W.). Von den Aufgenommenen stellte das grösste Contingent die secundär Gestörten 63 (27 M. 36 W.), 18 wurden wiederholt aufgenommen. Geheilt wurden 37 (26 M. 11 W.) = 22,8% der Aufnahme, gebessert 20 (11 M. 9 W.), gestorben 39 (24 M. 15 W.). Unter den Ursachen zur Erkrankung figuriren hauptsächlich Gemüthsbewegungen, Alcohol, Lues und Kopfverletzungen. Unter den Gestorbenen sind 17 Paralytiker (15 M. 2 W.), 1 Verletzung der Lunge durch Rippenfractur, 1 Verblutung der Arteria temporalis durch Verletzung an der Bettstelle während des Schlafes. Von körperlichen Krankheiten sind unter Andern vorgekommen: 2 Fälle von Bruch beider Vorderarmknochen durch Fall auf ebener Erde, 1 Fall von rechtsseitiger Hüftgelenksentzündung, 2 Fälle von Typhus, Perityphlitis, Paramet-

ritis nach leichter Entbindung durch grosse Unruhe. Beschäftigt wurden rund 80%.

Im Männersiechenasyl waren 41 Kranke, dazu kamen 9 und gingen 6 ab, davon 4 durch Tod.

In das am 10. September eröffnete Frauenasyl wurden 49 Kranke aufgenommen, von denen 8 starben. Der Getammtbestand ist demnach 85 Köpfe. Von den Gestorbenen endeten 2 Männer an Paralyse, 1 an Pyämie, 1 an Peritonitis.

Am 12. und 13. September fand die Feier der Fertigstellung und Eröffnung des Siechenasyls wie der Vollendung des Anstaltsbaues überhaupt statt. Neuendorff (Bernburg).

---

413) **P. Garnier**: De l'étal mental et de la responsabilité pénale dans le morphionisme chronique. (Ueber den Geisteszustand und die Verantwortlichkeit der Morphinisten.) (Ann méd. psycholog. Mai 1886.)

Verf. fügt den aus der französischen Literatur kurz angeführten einschlägigen Fällen (3 Diebstahl, 1 Mord) folgenden Fall aus eigener Erfahrung bei. Eine 37 jährige Arbeiterin wurde ergriffen, als sie sich einen Ueberwurf aus einem Schaufenster aneignen wollte. Es fand sich eine Spritze Morphiumlösung bei ihr. In dem sofortigen Verhör gab sie an aus Noth gestohlen zu haben, während sie späterhin behauptete den Diebstahl in einem Zustand von Schwindel nach einer reichlichen Injection von Morphium, während dessen sie sich zum Wegnehmen des Ueberwurfes getrieben fühlte, ausgeführt zu haben. Es ergab sich, dass sie wegen einer Schmerzhaftigkeit im rechten Hypochondrium in Folge eines Wochenbettes Morphiuminjektionen bekommen und ohne schädliche Folgen für Körper und Geist weiter gebraucht hatte bis zu 0,03 pro die. Sie lebte als Näherin kümmerlich und war vor dem Diebstahl in bedrängter Lage. Auf der Beobachtungsstation zeigten sich Abstinenzerscheinungen und hystero-epileptische Anfälle, Morphium wirkte prompt. Im übrigen begriff sie ihre Lage und blieb bei ihrer Aussage. Nach dem Gutachten war die Zurechnungsfähigkeit zu bejahen, wofür das Verhalten bei der Sistirung spreche, während der vorhergegangene reichliche Morphiumgenuss den angeblichen Schwindelanfall nicht erklären könne und kleptomanische Zustände unter solchen Verhältnissen nicht beobachtet seien. Der Gerichtshof verurtheilte sie unter Annahme mildernder Umstände zu 6 Tagen Gefängniss.

Nach Ansicht des Verf. ist der Morphinist zurechnungsfähig und nur der Umstand, dass die verbrecherische Handlung zum Zweck der Beschaffung des unentbehrlich gewordenen Mittels geschehen ist, zwingt zur Annahme mildernder Umstände. Otto (Dalldorf).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. August 1887. Nro. 15.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung. Von P. J. Möbius.

II. Referate und Kritiken. **Pel**: Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger Gaumenlähmung, Atrophie des linken M. sterno-cleido-mastoideus und M. trapezius und linksseitiger Recurrenslähmung. **Hirt**: Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen. **Hoffmann**: Klinische Beiträge zur Kenntniss der Halbseitenläsion des Rückenmarks und der Spinalapoplexie. **Adamkiewicz**: Monoplegia anaesthetica. **Nikolski**: Eczem als Folgeerscheinung von Störungen des Nervensystems. **Meinert**: Tetanie in der Schwangerschaft. **v. Frankl-Hochwart**: Ueber die electrische und mechanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie. **Steiner**: Ein Fall von idiopatischem Cystospasmus. **Küssner**: Zur Kenntniss der Vagussymptome bei Tabes dorsalis. **Lavers**: Anosmie. **Chauffard**: Die eclamptische Urämie in Form von Jackson'scher Epilepsie. **Thiersch**: Zur Casuistic der Hirnsyphilis. **Bettelheim**: Ein Fall von Rumination. **Wagner**: Ueber hydroelektrische Bäder. **Fischer**: Antifebrin gegen lancinirende Schmerzen. **Salm**: Ueber Antifebrin als Antiepilepticum. **Riess**: Therapeutische Krankenhaus-Erfahrungen. 3) Ueber die Behandlung von Chorea und anderen hyperkinetischen Krankheiten mit Physostigmin. **v. Krafft-Ebing**: Psychopathia sexualis. **Donnet**: Intoxication bei professionellem Kosten des Weins und der Liqueure. **Marandon de Montyel**: Das Kosten des Weines in Bezug auf den professionellen Alkoholismus. **Leppmann**: Das Delirium potatorum abortivum. (Gerichtsärztliche Betrachtungen nebst Gutachten über einen Muttermörder.)

I. Originalien.

Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung.

Von P. J. MÖBIUS.

In dieser Arbeit will ich über einige Beobachtungen berichten, bei welchen die Erscheinungen in Lähmung mehrerer Hirnnerven bestanden und welche ich in den letzten Jahren, zumeist an Kranken der medicinischen Universitäts-Poliklinik zu Leipzig, gemacht habe.

Das Wesentliche, die Krankengeschichten, lasse ich vorangehen. Dann sollen einige zusammenfassende Bemerkungen folgen. —

I. Die 48jährige Frau B. F. kam am 23. Oktober 1884 in die medicinische Poliklinik. Sie sei als Mädchen gesund gewesen, habe sich im 24. Lebensj. verheirathet, habe 3 gesunde Kinder geboren,

zwischen diesen Geburten 3 Fehlgeburten durchgemacht, habe nie an Ausschlag u. s. w. gelitten. Vor 3 Jahren sei sie mit Schmerzen in der linken Kopfhälfte, welche den Schlaf störten, erkrankt. Seit 1 Jahre leide sie an unaufhörlichem Brennen der linken Gesichtshälfte. Ueber Doppeltsehen wusste sie nichts anzugeben.

An Rumpf und Gliedern der kräftigen Frau war, abgesehen von geringem Zittern der Hände, nichts Krankhaftes zu bemerken. Im Gebiete des ganzen linken N. trigeminus war die Empfindlichkeit herabgesetzt. Die Anästhesie war beträchtlich im Bereiche des 1. und 2. Astes, geringer am Unterkiefer, auf der Zunge und der Mundschleimhaut. Die linken Mm. masseter und temporalis waren in hohem Grade atrophisch. Die fühlende Hand fand an ihrer Stelle Gruben und nahm bei Kaubewegungen Contraction nicht wahr. Eine seitliche Verschiebung des Unterkiefers war weder bei geschlossenem noch bei geöffnetem Munde zu bemerken. An der Stelle des vorderen Randes des Masseter fand sich auf der Wange eine strahlige eingezogene Narbe. Dieselbe sollte nach einer entzündlichen, in Eiterung endigenden Geschwulst „vor vielen Jahren" entstanden sein. Das linke Auge war nach innen abgelenkt, konnte nicht nach aussen gedreht werden. Die linke Pupille war eng, unregelmässig, starr, offenbar durch eine frühere Iritis. Doppelbilder bestanden nicht. Das linke minder sehtüchtige Auge wurde beim Fixiren nicht beachtet. Die linken Gesichtsmuskeln waren in geringem Grade paretisch, besonders die Mundmuskeln. Ihre elektrische Erregbarkeit war normal. Von den linken Nn. trigem., abducens, facialis abgesehen, bestanden im Bereiche der Hirnnerven keine Störungen. Die Nackendrüsen waren etwas geschwollen. Der Harn enthielt keine krankhaften Bestandtheile.

Die Kr. bekam Jodkalium und gebrauchte das Mittel ein halbes Jahr lang ziemlich regelmässig. Die Schmerzen und Parästhesien in der linken Kopfhälfte hörten auf, die objectiven Störungen blieben im Wesentlichen unverändert.

Die Kranke blieb dann weg und kehrte erst im November 1885 wieder mit der Klage, dass die Schmerzen sich wieder eingestellt und auch die rechte Hälfte der Stirn ergriffen hätten. Ausser den früheren Veränderungen bestanden Parese aller vom rechten N. oculomotorius versorgten Muskeln und geringe Anästhesie im Bereiche des 1. Astes des rechten N. trigeminus. Es wurde wieder Jodkalium verordnet und nach einer etwa 3 monatlichen Behandlung blieb die Kr., da ihre Beschwerden geringer geworden waren, von Neuem weg.

Im Juli 1886 stellte sie sich vor wegen einer Entzündung des linken Auges. Die Conjunctiva war stark injicirt, auf der undurchsichtig gewordenen Hornhaut bestand ein etwa linsengrosser Substanzverlust mit erhabenem Rande und leichtem eitrigen Belage. Trigeminusanästhesie und Facialisparese wie früher. Der augenärztlichen Behandlung gelang es, die Durchbrechung der Cornea zu vermeiden. Die Kr. kehrte etwa 3 Wochen später mit Leukoma in die Poliklinik zurück. Im September war der Zustand folgender. Geruch beiderseits normal. Seh-

schärfe rechts gut, links wegen des Leukoms nur Lichtschein. Die Nn. oculomotorius und trochlearis rechts complet gelähmt. Die Kr. musste, um einigermaassen sehen zu können, das rechte obere Lid durch einen Heftpflasterstreifen emporgezogen halten. Der Abducens functionirte rechts, war links gelähmt. Die linken Nn. oculomot. und trochlearis waren frei. Im Bereiche des ganzen linken Trigeminus Anästhesie und Lähmung. Rechts nur im Bereiche des 1. Trigeminusastes mässige Anästhesie. Links totale und complete Facialislähmung mit vollständiger Entartungsreaction. Rechter Facialis normal. Damals so wenig wie früher war eine Beeinträchtigung des Geschmackes nachzuweisen. Im Bereiche des 8.—12. Hirnnerven keinerlei Störung. Keine Schmerzen mehr. Keine seelische Störung. Das Allgemeinbefinden war beträchtlich schlechter als früher. Die Kr. war abgemagert und sah verfallen aus. Obwohl nun bisher deshalb kein Hg. gegeben worden war, weil die Kr. nur zeitweise in die Stadt kommen konnte, die Aufnahme in das Krankenhaus aber hartnäckig ablehnte, glaubte man jetzt, auch unter den äusserlich ungünstigen Verhältnissen eine Schmierkur (Ung. Hydr. cin. 3 g pro die) vornehmen zu müssen. Der Erfolg war sehr gut. Nach etwa 4 Wochen war die linksseitige Oculomotoriuslähmung soweit vermindert, dass die Kr. mit Hilfe des M. frontalis das obere Lid bis zur Mitte der Cornea heben konnte, den Bulbus nach innen bis zur Mittelstellung führen konnte. Die Trübung der linken Cornea war entschieden geringer geworden. Ferner war die rechtsseitige Facialislähmung soweit zurückgegangen, dass die Motilität des M. orbicul. ocul. und der am Mundwinkel sich ansetzenden Muskeln wiedergekehrt war. Besonders hatte sich das Allgemeinbefinden gehoben, woran die Wiederkehr der Hoffnung auf Genesung Theil haben mochte. Die Innunctionen wurden mit kurzen Unterbrechungen 3 Monate lang fortgesetzt. Daneben brauchte die Kr. Jodkalium. Nach dieser Zeit bestanden beträchtliche Herabsetzung der Empfindlichkeit im Gebiete des 1. und 2. Astes des linken Trigeminus, geringe Anästhesie in dem des 1. Astes des rechten Trigeminus, normale Empfindlichkeit in den Gebieten des 3. Astes links, des 2. und 3. rechts, geringere Trübung der linken Cornea als früher, linksseitige Abducensparese, rechtsseitige Lähmung des Oculomotorius und Trochlearis (die erlangte Besserung war fast ganz wieder verloren gegangen, die Kr. zog sich durch ein Gummiband das ob. Lid in die Höhe), linksseitige Facialisparese mit Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, normales Riech-, Schmeck-, Seh-, Hörvermögen, keine Störungen an Gaumen, Kehlkopf, Zunge, gutes Allgemeinbefinden, normale Motilität und Sensibilität des Rumpfes und der Glieder. Der Gebrauch des Jodkalium wurde fortgesetzt. Die Kr. behauptete mit grosser Bestimmtheit, sie fühle sich matt und elend, so bald sie einen Tag lang kein Jodkalium nehme; jedes Einnehmen gebe ihr frische Kraft.

II. Die 48 jähr. Waschfrau L. R. kam am 18. October 1886 in poliklinische Behandlung. Sie war ein kräftiges gesundes Mädchen gewesen, hatte sich im Alter von 19 J. mit einem anscheinend gesunden Manne verheirathet, hatte im 24. J. ein gesundes, noch lebendes

Kind geboren, im 27. Jahre im 7. Schwangerschaftsmonate abortirt, mit 35 Jahren ein gesundes, noch lebendes Kind geboren. Der Mann war vor 2 J. an Lungenentzündung gestorben. Die Kr. war gesund geblieben, bis vor $1^1/_2$ J. heftige, mit Uebelkeit und Erbrechen verbundene Stirnkopfschmerzen eintraten. Dieselben hielten etwa 2 Monate lang an, dann besserte sich der Zustand, es blieb aber allgemeine Schwäche zurück. Seit 1 J. bemerkte die Kr., dass sie sich öfter als früher verschluckte und dass die Stimme klanglos wurde. Um Ostern 1886 traten plötzlich in der Nacht wieder heftige Kopfschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen auf. Die Schmerzen hielten etwa 4 Wochen lang an, waren zeitweise fast unerträglich, haben sich dann aber gänzlich verloren. Vor 4 Wochen begann die Kr., doppelt zu sehen. Gleichzeitig senkte sich das linke obere Lid und nach 4 Tagen war das linke Auge ganz geschlossen. Da das Auge geschlossen blieb, suchte die Kr. ärztliche Hilfe.

Die Kr. war eine gutgenährte, kräftige Frau, an welcher ausser den Störungen im Gebiete der Hirnnerven durchaus keine krankhaften Veränderungen zu entdecken waren. Insbesondere waren Beweglichkeit, Empfindlichkeit, Reflexe der Glieder normal. Der Harn enthielt keine krankhaften Bestandtheile.

Der Geruch war beiderseits gut. Das Gesicht ebenso. Zwar gab die Kr. an, „sie sehe mit dem linken Auge etwas bleich“, doch erklärte sich dies durch die Erweiterung der linken Pupille. Im Augenhintergrunde fand man nichts Krankhaftes. Das linke obere Lid hing herab sozusagen wie ein nasser an den Bulbus angedrückter Lappen. Durch maximale Contraction des M. frontalis konnte die Kr. eine Lidspalte von etwa 3 Mm. bewirken. Hob man das Lid, so sah man, dass alle vom N. oculomotorius versorgten Bulbusmuskeln gelähmt waren. Das Auge war nach aussen abgelenkt, konnte willkürlich noch weiter nach aussen bewegt werden. Dabei war die auf den N. trochlearis zu beziehende Raddrehung nur andeutungsweise vorhanden. Die linke Pupille war doppelt so weit als die rechte, reagirte gegen Licht sehr wenig. Ein sicheres Urtheil über eine etwaige Lähmung des linken M. ciliaris liess sich bei der Presbyopie der Kr. nicht wohl erlangen. Im Gebiete der rechten Augenmuskelnerven, beider N. trigem. beider N. facialis war keine Störung zu bemerken. Das Gehör war beiderseits etwas herabgesetzt, rechts mehr als links. Rechts bestand auch in gewissem Grade Undurchgängigkeit der Nasenhöhle. Die Herabsetzung des Gehörs erklärte sich durch doppelseitigen chronischen einfachen Mittelohrcatarrh. Der Ton einer auf den Schädel aufgesetzten Stimmgabel wurde von beiden Schädelhälften aus gleich gut wahrgenommen. Der Geschmack (Saueres, Süsses, Bitteres, Batteriestrom) war auf der Zunge rechts und links, vorn und hinten wohl erhalten, auch von beiden Hälften des weichen Gaumens aus konnte Geschmacksempfindung erregt werden. Beide linke Gaumenbögen waren weniger gewölbt als die rechten. Der vordere Bogen war fast ausgeglichen, nur der untere Abschnitt desselben war als dünne Falte sichtbar. Das Zäpfchen war gerade, aber stark nach rechts verzogen.

Beim A-Sagen blieb die linke Gaumenhälfte zurück, der ganze Gaumen verschob sich nach rechts und rechts neben der Wurzel der Uvula entstand ein Grübchen. Die hintere Rachenwand schien während ruhiger Athmung links der Wirbelsäule näher zu sein, die linke Hälfte des Rachens erschien wie ausgeweitet. Beim Intoniren und bei Würgebewegungen wulstete sich die Rachenwand rechts und links anscheinend gleich stark nach der Mittellinie zu. Berührungen des Gaumens erregten angeblich Empfindung, aber keine Bewegungen. Im Rachen bewirkten nur starke und wiederholte Berührungen Würgen. Die faradische und galvanische Erregbarkeit des Gaumens und Rachens war erhalten. Es gelang nicht, Näheres festzustellen. Die Stimme war sehr hoch, piepend und belegt. Bei der laryngoskopischen Untersuchung, welche sich auffallend leicht anstellen liess, wurde Lähmung des linken Stimmbandes gefunden. Dasselbe blieb in der Bewegung zurück und beim Intoniren überschritt das rechte Stimmband die Mittellinie. Die Athmung war ruhig, nur beim Treppensteigen und bei ähnlichen Anstrengungen trat etwas Dyspnoe ein. Das Herz schlug 76 mal in der Minute in normaler Weise. Wenn die Kr. die Zunge herausstreckte, wich die letztere nach links ab und bildete einen nach links concaven Bogen. Durch Gesicht und Gefühl konnte man wahrnehmen, dass die linke Hälfte der Zunge schmäler, dünner und weicher als die rechte war. Auch wenn die Zunge im Munde lag, sah man, dass die linke Hälfte weniger erhaben als die rechte und faltig war. Fibrilläre Zuckungen sah man nicht. Die Zunge im Ganzen konnte nach allen Richtungen leicht und kräftig bewegt werden. Die Articulation war durchaus corrrect. Die elektrische Erregbarkeit der linken Zungenhälfte war anscheinend erhöht. Der faradische Strom bewirkte links bei grösserem Rollenabstand Contraction als rechts. Ein Batteriestrom von 2 M. A. (Stintzing's Elektrode) bewirkte rechts keine Zuckung, links rasche Zuckung (Ka SZ > An SZ). Den N. hypoglossus am Halse elektrisch zu reizen, gelang nicht. Von aussen gesehen war die Gegend unter dem Kinn rechts voller als links, auch war bei Betastung der Widerstand dort grösser als hier. Im Uebrigen konnte an den Muskeln des Kiefers und des Halses auf keine Weise etwas Abnormes gefunden werden.

Die Kr. bekam Jodkalium in steigender Dosis und wurde regelmässig galvanisirt.

In den nächsten Monaten besserte sich der Zustand insofern, als die Beweglichkeit des Bulbus etwas zunahm. Im Januar 1887 konnte die Kr. sowohl beim Rechtssehen als beim Convergiren den linken Bulbus etwas über die Mittellinie hinaus nach rechts drehen, kleine Bewegungen nach oben hin ausführen. Im Uebrigen trat keine Aenderung ein. Während des Februar wurde eine Schmierkur begonnen. Zu Anfang März deutliche Besserung. Das obere Lid deckte die Cornea nur noch zur Hälfte, die Beweglichkeit des Bulbus war beträchtlich vermehrt, die Stimme war kräftiger. Die Steigerung der electr. Erregbarkeit der linken Hälfte der Zunge verschwand. Leider musste die Schmierkur nach 3 wöch. Dauer wegen heftiger Stomatitis bis auf

Weiteres unterbrochen werden. Seitdem blieb der Zustand im Gleichen.

Z. Z. besteht Parese der vom N. oculomotorius versorgten Drehmuskeln, mässige Ptosis. Die Pupille ist beiderseits gleich gross, ihre Beweglichkeit ist links minimal. Die Stimme ist zweifellos kräftiger und reiner als zuvor, im Uebrigen bestehen aber die Erscheinungen von Seiten der Nn. vagus und hypoglossus noch so wie sie oben geschildert sind. Die Hemiatrophie der Zunge ist unverändert. Die elektrische Erregbarkeit der atrophischen Hälfte ist nicht mehr gesteigert. Rechts wie links tritt KaSZ bei 3,5 M. A. ein. Der Allgemeinzustand ist ganz befriedigend.

III. Am 1. Mai 1885 kam der 42 jähr. Schaffner R. M. wegen reissender Schmerzen in der linken Gesichtshälfte in Behandlung.

Er gab an, dass er zu Weihnachten nach einer Erkältung ein schiefes Gesicht bekommen habe und dass er seitdem zeitweise von von Schmerzen in Stirne und Wange links geplagt wurde. Es bestand fast complete Lähmung im linksseitigen Facialisgebiete mit vollständiger Entartungsreaction. Keine Störung des Geschmackes, des Gehörs, der Beweglichkeit des Gaumens. Die den Austrittsstellen der Nn. supra- und infraorbitalis entsprechenden Stellen waren links gegen Druck sehr empfindlich. Keine deutliche Anästhesie. Keine anderweiten Störungen. Der Kr. wurde regelmässig galvanisirt. Nach einigen Wochen hatten sich die Nervenschmerzen verloren, die Motilität der linken Gesichtsmuskeln war etwas besser geworden. Der Kr. entzog sich der weiteren Behandlung.

Am 10. October kehrte er zurück, er habe wieder Schmerzen. Jetzt war nur der Infraorbitalis druckempfindlich. Die Facialislähmung hatte weiter abgenommen, die nur noch paretischen Muskeln der Wange und des Mundes waren z. Th. in Contractur, die elektrische Erregbarkeit war einfach herabgesetzt. Auch diesmal nach einigen Wochen elektrischer Behandlung Nachlassen der Schmerzen, Aufhören der Druckempfindlichkeit.

Erst am 13. Dezember 1886 stellte sich der Kr. wieder vor mit einer seit 8 Tagen bestehenden, ohne Schmerzen eingetretenen completen und totalen Lähmung des linken Oculomotorius. Die Facialisparese bestand noch, die elektrische Erregbarkeit war noch in hohem Grade herabgesetzt. Das linke Auge war ganz verschlossen und der Kr. war ausser Stande, auch nur eine Spur von Lidspalte zu bewirken. Hob man das schlaffe obere Lid, so sah man den Bulbus mit weiter starrer Pupille nach aussen gelenkt. Die Nn. trochlearis und abducens waren thätig. Von Seiten des Trigeminus keine Erscheinungen mehr: keine Schmerzen, keine Druckempfindlichkeit, keine Anästhesie. Der Kr. leugnete Syphilis mit Entschiedenheit. An Rumpf und Gliedern keine krankhaften Veränderungen, bez. keine Zeichen von Syphilis. Trotzdem wurde Jodkalium verordnet. Auch wurde die elektrische Behandlung wieder aufgenommen. Nach 6 Wochen war der Zustand noch im Gleichen. Nun wurde eine Schmierkur (Ung. Hydr. cin. 2 g pro die) begonnen. Schon nach 14 Tagen konnte der Kr. das linke Auge etwas öffnen, kleine Bewegungen des Bulbus nach rechts hin

ausführen. Nach 2 monatl. Quecksilberbehandlung war der Zustand folgender. Die vom linken N. frontalis versorgten Muskeln waren ganz gelähmt, die übrigen linken Gesichtsmuskeln waren paretisch und in geringem Grade contracturirt. Die elektrische Erregbarkeit war im ganzen l. Facialisgebiete einfach herabgesetzt. Das linke obere Lid konnte bis zum oberen Rande der Cornea erhoben werden, der linke Bulbus bewegte sich nach innen bis nahe zum inneren Lidwinkel, in geringer Excursion nach unten, fast gar nicht nach oben. Die linke Pupille war nur wenig weiter als die rechte, reagirte schwach, aber deutlich auf Licht. Geruch, Sehschärfe, Gehör, Gaumen, Zunge beiderseits nach jeder Richtung normal, ebensowenig Erscheinungen von Seiten des N. trigeminus.

IV. Am 15. Dec. 1884 kam der 53 j. Buchbinder G. R. in die Poliklinik. Der Kr. stammte aus gesunder Familie, war früher immer gesund gewesen, leugnete Syphilis. Die den Kr. begleitende Frau war gesund, hatte 9 mal geboren; 4 gesunde Kinder lebten, 5 waren im 1. Lebensjahre an Krämpfen gestorben.

Im Frühjahre 1884 waren ohne nachweisbare Ursache heftige Gesichts- und Kopfschmerzen aufgetreten, welche den Schlaf störten. Anderweite Beschwerden hatten nicht bestanden. Im September waren plötzlich Doppeltsehen und Taubheitsgefühl in der linken Hälfte des Gesichts eingetreten.

Von da ab etwa 4 Wochen lang gesteigerte Kopfschmerzen und Ohrensausen. Dann nur noch in der linken Kopf- und Gesichtshälfte Schmerzen. Abnahme d. Gehörs.

An dem kräftigen, etwas blassen Manne fiel der schmerzliche Ausdruck d. Gesichtes auf. Geruch beiderseits gut; Sehschärfe ebenso (Pupillen normal); im Bereiche der 3. und 4. Nerven nichts Krankhaftes; im Gebiete des 1. Astes des linken Trigeminus starke, im Gebiete des 2. und 3. Astes geringe Anästhesie, Klagen über heftige brennende und reissende Schmerzen in der ganzen linken Gesichtshälfte Druckempfindlichkeit aller 3 Zweige links, der rechte Trigeminus normal; Abducens links complet gelähmt, rechts frei; Schlaffheit der linken Gesichtshälfte ohne deutliche Lähmung, ohne Veränderung der elektrischen Erregbarkeit; Hörschärfe beiderseits, aber links mehr als rechts herabgesetzt (nach Prof. Hagen doppelseit. chron. Mittelohrkatarrh). Keine anderweiten Störungen. Bei electrischer Behandlung nahmen die Schmerzen nach Aussage des Kr. ab. nach etwa 14 Tagen blieb der Kr. weg.

Am 30. Januar 1885 kam der Kr. wieder, die Schmerzen seien so schlimm wie noch nie. Die Frau gab an, dass der Mann oft „wie abwesend“ sei, in der Nacht nicht nur weine und klage, sondern auch irre rede. Seit etwa 8 Tagen sei das linke Auge geschlossen.

Irgend welche seelische Störung war bei dem Kr. nicht wahrzunehmen. Der Befund war insofern gegen früher verändert, als das linke obere Lid den Bulbus vollkommen bedeckte, der Bulbus etwas vorgedrängt und vollständig bewegungslos war, die linke Pupille etwas erweitert, unregelmässig queroval und fast ganz starr war, als die An-

ästhesie des linken Trigeminusgebietes zugenommen hatte und zu ihr Lähmung der linken Kaumuskeln hinzugetreten war, als bei Bewegungen des Gaumens eine leichte Verziehung nach rechts eintrat.

Es wurde dem Kr. gerathen, das städt. Krankenhaus aufzusuchen. Er wurde daselbst am 10. Februar aufgenommen. Der im Krankenhause geführten Krankengeschichte, welche mir durch die Güte des Herrn Prof. Wagner zugänglich wurde, sind die weiteren Angaben entnommen.

Eine Schmierkur änderte an dem Zustande des Kr. nichts Wesentliches. Bemerkenswerth ist, dass bei wiederholter Untersuchung Cornea und Conjunctiva immer unempfindlich gefunden wurden, dass die Schwäche des linken Facialis nicht, die linksseitige Schwerhörigkeit beträchtlich zunahm. Am 17. April wurde der Kr. entlassen, da die Schmerzen abgenommen hatten.

Am 24. April schon kehrte der Kr. zurück, weil die Schmerzen wieder unerträglich geworden waren. Sein Zustand war im Wesentlichen unverändert, doch fiel jetzt auf, dass der Kr. heftig und unleidlich war, zuweilen falsche Angaben machte. Die Papillen erschienen etwas geröthet und der Kr. sagte, er sehe wie durch einen Schleier. Galvanische Behandlung schien die Gesichtsschmerzen zu vermindern. Der Kr. blieb aufgeregt und war zuweilen verwirrt. Auf seinen Wunsch wurde er am 12. Juni zum 2. Male entlassen. Am 1. Juli kam er aphatisch wieder. Er konnte die Gegenstände der Umgebung nicht benennen, konnte nicht schreiben, verstand aber Gesprochenes und Geschriebenes, konnte nachsprechen. Am 3. Juli war er benommen und fieberte: Angina. Die acute Erkrankung ging vorüber und die Besonnenheit kehrte zum Theil zurück. Doch blieb der Kr. unklar und verstand das Gesprochene offenbar nur zum Theil. Die Stimmung wechselte oft, der geistige Verfall machte rasche Fortschritte. Am 30. Juli war der Kr. bewusstlos. Am 31. trat der Tod ein.

Sectionsbefund: In der linken mittleren Schädelgrube ein Tumor (Fibrosarkom), welcher den 3., 4., 5. und 6. Hirnnerven comprimirte; Erweichung des linken Schläfelappens und der Insel; Oedem des Gehirns. Bronchiektasien. Lobuläre Pneumonie. Lungenödem.

Die Hirnhäute an der Convexität waren gespannt, blutarm, die Windungen abgeplattet, die Sulci schmal. Die untere Partie des linken Schläfelappens war schwer von der Basis abzulösen und riss bei der Herausnahme vielfach ein. Die vorderen Abschnitte der Schläfewindungen und die Insel bildeten eine weiche, weissliche Masse, innerhalb welcher keine Unterschiede zu erkennen waren. Die Erweichung umfasste Claustrum und äussere Kapsel, reichte nach hinten bis zur occipitalen Stabkranzfaserung. Am übrigen Hirn nichts Auffallendes, Hirnmasse weich, feucht, blutarm. In der mittleren Schädelgrube fand sich eine hühnereigrosse, derbe, etwas höckrige, grau-weisse Geschwulst, welche sich an die Sella turcica anlehnte, nach vorn an die Fiss. orbit. sup. andrängte. Die Foramina ovale und rotundum waren fast ganz verlegt, die Trigeminuszweige waren dicht von dem Tumor umwachsen. Ebenso waren die Augenmuskelnerven von der Neubildung umschlossen.

Der Porus audit. war frei, aber der Hörnerv war von der Neubildung durchwachsen. Die letztere durchsetzte auch die Spitze des Felsenbeins und das Keilbein ragte nach dem Rachen zu als nussgrosse Vorwölbung vor.

V. Der 30 jähr. Maurer F. R. war früher gesund gewesen bis auf eine Erkrankung an acutem Gelenkrheumatismus, seit welcher zeitweise Herzklopfen und Blutspucken auftraten. Am 8. Mai 1886 war er von einem Gerüste aus der Höhe von etwa 12 m. herabgestürzt und besinnungslos in die Klinik des Herrn Prof. Thiersch gebracht worden. Letzterem verdanke ich die Notizen über den Befund im Krankenhause.

Der Kr. war vollständig bewusstlos. Der Puls schlug 92 mal in der Minute, war regelmässig, voll. An der Haargrenze in der Mittellinie bestand eine Rissquetschwunde, welche bis auf den Knochen ging. Ueber der Glabella war die Haut durch einen eigrossen Bluterguss abgehoben. Beide oberen Lider und der Nasenrücken waren stark mit Blut unterlaufen. Es bestand reichliches Nasenbluten. Ueber dem rechten Oberkiefer Schwellung, Verfärbung der Haut, bei Druck auf diese Stelle schmerzliches Verziehen des Gesichts. Aus den Ohren floss kein Blut. Die Pupillen waren weit, die rechte weiter als die linke. Der Urin enthielt keine krankhaften Bestandtheile. Der linke Radius war oberhalb des Handgelenkes gebrochen. Das rechte Handgelenk geschwollen.

Am 13. Mai blieb der Kr. stuporös. Fieber trat nicht ein. Am 15. Mai klagte der Kr. über Schmerzen im Nacken. Bewegungen des Kopfes, Druck auf die oberen Halswirbel erregten heftigen Schmerz. An diesem Tage wurde die Lähmung des rechten N. oculomot. bemerkt.

Am 18. Mai wurde gefunden, dass auf der linken Seite am harten und weichen Gaumen Blutunterlaufung bestand.

Am 26. Mai wurde wegen der Heiserkeit des Kr. eine laryngoskop. Untersuchung angestellt und Lähmung des rechten Stimmbandes gefunden. Der Kr. klagte über Kribbeln im 2. und 3. Finger rechts. Es zeigte sich, dass die Haut dieser Finger zum grösseren Theile unempfindlich war. Am Ende des Monats wurde der Kr., da die Wunde geheilt war, entlassen.

Am 28. Oktober kam der Kr. in die Medicinische Poliklinik. Er klagte über fast beständige heftige Kopfschmerzen, welche ihn zu jeder Arbeit unfähig machten, über Schlaflosigkeit und über Unbrauchbarkeit des rechten Auges.

Bei der Untersuchung des kräftigen Mannes fanden sich eine geringe Hypertrophie des linken Herzens mit systolischem Geräusch über der Herzspitze, ein Callus am unteren Ende des linken Radius, keine Anästhesie an der rechten Hand (Dieselbe sollte 4 W. nach der Entlassung aus dem Krankenhause geschwunden sein), endlich verschiedene Störungen im Gebiete der rechten Hirnnerven.

Der rechte N. oculomotorius war total und complet gelähmt. Ptosis, Ablenkung des Auges nach aussen unten, Beweglichkeit nach aussen erhalten, bei Bewegung nach unten Raddrehung, weite starre

Pupille, Unfähigkeit kleine Gegenstände in der Nähe zu erkennen. Die Uvula war gerade und nach links abgewichen. Die Bogen des rechten Gaumens waren flacher und standen um ein Geringes tiefer als die des linken, doch war der Unterschied nur eben erkennbar. Er wurde deutlich bei Bewegungen des Gaumens. Dann schob sich der ganze Gaumen nach links oben und entstand links neben der Uvula ein Grübchen. Bei Betrachtung der hinteren Rachenwand erschien die rechte Hälfte dem Untersucher näher, die Ausbuchtung der Rachenhöhle geringer. Bei Würgebewegungen schienen beide Hälften des Pharynx sich in gleicher Weise zu bewegen. Das Schlucken war unbehindert, nur beim Trinken sollte zuweilen Flüssigkeit in die Nase gerathen. Die Stimme war hoch und heiser. Das rechte Stimmband war gelähmt. Beim Intoniren sprang es nur ein Geringes vor, ging aber sofort zurück, während das linke Stimmband sich bis über die Mittellinie nach rechts bewegte. Die Empfindlichkeit des Gaumens Rachens, Kehlkopfes war jedenfalls nicht erheblich herabgesetzt. Athmung ruhig, nur beim Treppensteigen gerieth der Kr. leicht in Dyspnöe. Ausserhalb der Gebiete der rechten Nn. oculomotorius und vagus-accessorius bestanden keine Störungen von Seiten der Hirnnerven. Insbesondere waren Geruch, Gesicht, Gehör, Geschmack beiderseits durchaus normal, war die Function des N. facialis beiderseits gut erhalten. bestand im Gebiete des Trigeminus weder Anästhesie, noch Lähmung. Nur die dem rechten N. supraorbitalis entsprechende Stelle war gegen Druck empfindlich. Die Zunge war ihrem Volumen und ihrer Beweglichkeit nach durchaus normal.

Der Kr. wurde galvanisirt und bekam zeitweise Bromkalium. Allmählich nahm die Oculomotoriuslähmung ab. Die Stimme wurde etwas kräftiger. Die Gaumenlähmung jedoch nahm eher zu als ab. Auch die Beschwerden des Kr. verminderten sich nur in geringem Grade.

Im Juni 1887 bestand noch Parese aller Oculomotoriusmuskeln. Die Ptosis war nur noch gering. Am meisten hatte sich von den Drehmuskeln die Function des M. rectus internus gebessert, beim Blick nach links konnte der Bulbus über die Mittelstellung hinausgeführt werden, beim Versuche zu Convergiren aber erreichte er die Mittelstellung nicht. Die Gaumenlähmung war, wie schon bemerkt, deutlicher als im Beginne der Beobachtung. Die geringere Tiefe der rechten Hälfte der Rachenhöhle war jederzeit deutlich wahrzunehmen. Bei laryngoskop. Untersuchung war die Beweglichheit des rechten Stimmbandes ebenso vermindert als im Anfange.

Der Kr. blieb zu jeder Arbeit unfähig. Bei jedem Versuche zu arbeiten traten heftige Stirnkopfschmerzen, Gefühl von Hitze und Pulsiren im Kopfe, Schwindel ein. Auch bei ruhigem Verhalten klagte der Kr. über Kopfschmerzen, bes. bei warmem Wetter. Der Schlaf war unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Die Stimmung war immer mehr oder weniger gedrückt. Der Harn war während der ganzen Beobachtung normal. —

(Schluss folgt.)

II. Referate und Kritiken.

414) Pel (Amsterdam): Ein Fall von Hemiatrophie der Zunge mit linksseitiger Gaumenlähmung, Atrophie des linken M. sterno-cleidomastoideus und M. trapezius und linksseitiger Recurrenslähmung.

(Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 29.)

Obwohl in den letzten Zeiten ab und zu ein Fall von halbseitiger Zungenatrophie mitgetheilt worden ist (Ballet, Erb, Raymond, und Artaud, Hirt, Remak) sind doch die Fälle dieser merkwürdigen Erkrankung bis jetzt so sparsam in der Literatur vertreten, dass eine Vermehrung unserer Casuistik immerhin erwünscht ist. Die Mittheilung des nachstehenden Krankheitsfalles dürfte um so weniger überflüssig erscheinen, als es sich um eine Combination krankhafter Erscheinungen handelt, welche bis jetzt nur ausnahmsweise beobachtet worden zu sein scheint.

F. K., ein 34jähriger Magazindiener, wurde am 18. Mai mit Klagen über Kopf- und Halsschmerzen und Schlingbeschwerden in die medicinische Klinik aufgenommen.

Die *Anamnese* lehrt, dass der K., welcher in seiner Jugend an Rachitis und Masern litt, im Jahre 1884 eine Gonorrhoe acquirirte wonach sich einige Wochen später Kopf- und Gliederschmerzen, allgemeine Ermüdung und Ausfallen der Kopfhaare einstellten. Von Hautausschlag weiss Patient nichts anzugeben. Obwohl öfters matt und müde, blieb er relativ gesund bis Anfangs 1886. Alsdann stellten sich allmählich Schlingbeschwerden ein, wobei manchmal flüssige Nahrung durch die Nase regurgitirte und seine Stimme einen Nasalklang bekam. Einige Zeit später, Anfangs Mai 1886, gesellten sich hierzu heftige Nacken- und Hinterkopfschmerzen, welche gerade Nachts unerträglich wurden. Die Nächte wurden schlaflos, der Appetit verringert, die Bewegung des Halses und Kopfes wurde sehr beschränkt und schmerzhaft und der Patient fühlte sich sehr schwer leidend. In diesem elenden Zustande suchte Patient am 16. Mai Hülfe in der Klinik. — Erbliche Anlage zu etwaigen Krankheiten ist nicht anwesend. Abusus spirituosorum wird in Abrede gestellt. Keine Bleiintoxication.

Bei der Untersuchung des schlechtgenährten und anaemischen Kranken zeigt sich, abgesehen von den bald zu nennenden Symptomen seitens der Zunge, eine grosse Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit des Nackens. Die Bewegung ist sehr beschränkt, wodurch eine genaue Untersuchung in sitzender Haltung kaum möglich erscheint. Temperatur normal, Morgens 37, Abends 37,1; Puls 80, regulär, weich; Respiration 20. Bei der Untersuchung der Körperorgane zeigt sich keine Abnormität; es besteht allgemeine indolente Drüsenanschwellung und Unebenheiten an den Cristae der beiden Tibiae, nebst Alopecia auf dem behaarten Kopf.

Unter dem Gebrauch von Jodkalium ($1^1/_2 - 3$ Grm. pro die) verschwanden die heftigen Kopf- und Halsschmerzen innerhalb weniger Tage, wodurch der Zustand des K. schon am 18. Mai erträglich

und am 24. Mai so bedeutend gebessert wurde, dass jetzt schon eine ausgiebige und genauere Untersuchung in stehender Haltung möglich war. Sie ergab Folgendes, was hier Erwähnung verdient.

Sobald der K. die Zunge herausstreckt, *neigt das ganze Organ nach links, die Spitze ist dann nach links gekrümmt; sobald sie zurückgezogen wird und auf dem Mundboden liegt, zeigt die Spitze nach rechts, sodass die Raphe der Zunge an der Spitze nach rechts umgebogen und die linke Hälfte verschmälert erscheint.* Etwa in der Mitte der Zunge ist der linke Rand in der Horizontalen vom Septum nur 1,9 Ctm., der rechte 2,8 Ctm. entfernt. Die linke Hälfte ist bei Messung kaum halb so dick als die rechte (0,75 : 1½ Ctm.)

Die willkürliche Bewegung der Zunge nach rechts und vorn ist fast ganz aufgehoben — nur wird der Zungenrücken in toto etwas nach rechts dislocirt — nach unten, oben und hinten ist sie fast normal. Die Oberfläche der linken Zungenhälfte zeigt längliche Furchen und Runzeln und das Volumen ist bedeutend kleiner. Bei der palpatorischen Untersuchung (mit Daumen und Zeigefiger) zeigt sich auch die *Consistenz bedeutend geringer*, sodass sich die *linke Spitze ganz schlaff und weich anfühlt*, während die rechte Hälfte fest und derb ist. Fibrilläre Zuckungen sind nur sparsam zu sehen und mitunter auch an der gesunden Seite.

Der *Geschmackssinn* für süss, sauer, salzig und bitter und die tactile Sensibilität ist *gänzlich erhalten*. Von Speichelfluss keine Rede. Kaubewegung und Deglutition ungestört. Auch beim schnellen Trinken regurgitirt jetzt keine Flüssigkeit durch die Nase. Stimme rein und mit nasalem Beiklang. Articulation ungestört. Reflexe an der linken Seite abgeschwächt. Die Bewegung der mimischen Gesichtsmuskeln ist frei. Die Lippen werden ausgiebig bewegt und ohne jede Schwierigkeit gespitzt. Von Atrophie und fibrillären Zuckungen ist nichts zu bemerken, die Aussprache der Lippenbuchstaben normal. Nur die linke Augenspalte ist etwas kleiner als die rechte, eine Erscheinung, welche nach der Angabe K.'s schon von der Geburt an bestanden hat.

Die Muskeln des Mundbodens beiderseits gleich stark entwickelt.

Bei der Untersuchung des Pharynx zeigt sich eine *Parese des linken Palatums und des linken Gaumenbogens*. Die Uvula wird etwas nach rechts gezogen, die linke Hälfte des Velums wird mangelhaft gehoben und gespannt, die Spalte zwischen den Gaumenbögen ist erweitert, die Sensibilität erhalten, ebenso die Reflexe, welche sogar sehr stark sind.

Während die Sinnesnerven, der Trigeminus und die motorischen Augenmuskelnerven keine Abnormität zeigen (*keine reflectorische Pupillenstarre), findet man bei der weiteren Untersuchung noch eine deutliche *Atrophie des linken M. sternocleido-mastoideus* und *M. trapezius* und bei der laryngoskopischen Untersuchung eine *linksseitige Recurrenslähmung* (Cadaverstellung) mit gut erhaltener Sensibilität des Kehlkopfes, wie die Sondenexploration lehrt, nebst Schiefstand der Stimmritze. Auch die Intonation von hohen Tönen, wobei der

M. cricothyroideus sin. in Function tritt, ist erhalten. Die Stimme ist fast rein.

Von Seiten des Rückenmarks fehlen alle subjectiven und objectiven Erscheinungen. Selbst die genaueste Untersuchung auf Tabes giebt ein negatives Resultat. *Nur fehlen beiderseits constant die Sehnenreflexe* und sind auch nicht mit Jendrassick's Phänomen hervorzurufen.

Harn (Menge 1500 - 2000 Cctm., 1010—1016 spec. Gew.) ohne Eiweiss und Zucker.

Die elektrische Untersuchung ergab Folgendes:

Directe galvanische Reizung (An. 5 qcm) im Nacken, Ka (punktförmige nackte Elektrode auf der Zunge).

Rechts 7 El. KaSZ (M. 2), AnS. = 0 }
8 El. KaSZ > AnSZ (M. 2) } Contraction blitzartig.

Links 9 El. KaSZ (M. 2), AnS = 0 }
10 El. KaSZ > AnSZ (M. 2) } Contraction blitzartig.

Indirecte galvanische Reizung. (Knopfförmige bekleidete Kathode am Stamme des N. hypogl.)

Rechts 10 El. KaSZ (M. 2), AnS = 0) }
13 El. KaSZ > AnSZ (M. 2) } Contraction blitzartig.

Links 13 El. KaSZ (M. 2), AnS = 0) }
15 El. KaSZ > AnSZ (M. 2) } Contraction blitzartig.

Directe faradische Reizung (mit punctförmiger nackter Electrode).
Rechts M. 2 bei Rollenabstand von 0,4 cm.
Links M. 2 bei Rollenabstand von 0,3 cm.

Indirecte faradische Reizung (des Stammes des N. hypogl.).
Rechts M. 2 bei Rollenabstand + 2,4 cm.
Links M. 2 bei Rollenabstand + 3,7 cm.

Die elektrische Untersuchung hat also gezeigt, dass *keine Entartungsreaction*, sondern nur eine *verringerte elektrische Erregbarkeit* von Muskeln und Nerven an der kranken Seite existirt.

Die subjectiven Klagen des Kranken waren bei fortwährendem Gebrauch des Jodkalium bald geschwunden. Die objectiven Symptome an Zunge, Pharynx, Hals und Kehlkopf blieben jedoch unverändert. Nachdem der beschriebene Symptomencomplex noch öfter festgestellt war, wurde Patient am 10. Juni aus der Klinik entlassen.

Anfangs Januar d. J. wurde mir die Gelegenheit geboten, den Kranken nochmal zu untersuchen. *Er fühlte sich ganz wohl und hatte gar keine Klagen.* Die objective Untersuchung gab das nämliche Resultat wie früher. Nur schien es, als ob die Atrophie des linken M. sterno-cleido-mastoideus und M. trapezius sich etwas gebessert hätte. Tabetische Erscheinungen fehlten gänzlich. Sehnenreflexe, wie früher verschwunden.

Es hat sich also bei einem früher syphilitisch inficirten Individuum allmählich, vielleicht innerhalb einiger Monate, entwickelt: 1. eine *linksseitige Atrophie der Zunge* (N. hypoglossus sinister), 2. eine linksseitige *Gaumenlähmung* (Ramus internus des N. vago-accessorius), 3 eine *Atrophie des linken M. sternocleido-mastoideus* und *M. trapezius* (R. externus des N. accessorius), und 4. eine *Paralyse der linken Stimmbänder* (N. recurrens sinister).

Es fragt sich nun, wo die Localisation dieser Krankheitsprocesse gesucht werden muss. Mit Rücksicht auf die Atrophie kommen hier drei Möglichkeiten in Betracht. Es handelt sich erstens um eine periphere Erkrankung des N. accessorius sup. vago-accessorius und N. hypoglossus an einer Stelle, wo diese Nerven eng zusammenliegen, also an der hinteren inneren Ecke des Unterkieferwinkels an der Stelle, wo sie von der Vena jugularis getrennt werden; zweitens um eine Erkrankung der Nervenstämme an der Gehirnbasis, und drittens um eine Bulbäraffection, eine Kernlähmung. Macht schon die Abwesenheit jeder venösen Circulationsstörung am linken Halse eine periphere Erkrankung unwahrscheinlich, so ist sie wohl mit Sicherheit auszuschliessen, weil erstens keine Entartungsreaction, das classische Zeichen der *degenerativen* Atrophie, existirt, und zweitens, weil nicht alle Fasern des N. vago-accessorius afficirt sind, also nicht der ganze Stamm leidet. Denn es hat sich herausgestellt, dass die cardialen und pulmonalen Fasern, sowie die Zweige für die Schlundmuskeln und der N. laryngeus superior intact sind; eine Verbreitung der Lähmung welche bei einer peripheren Erkrankung kaum denkbar sein dürfte. Obgleich nicht übersehen werden soll, dass die meisten afficirten Fasern eigentlich von dem N. accessorius herrühren (N. lar. sup., R. ext. N. accessorii, Gaumenzweige theilweise) und dass eine *einseitige* Lähmung der gleichfalls aus dem N. accessorius stammenden *cardialen* Hemmungsfasern des Vagus auch keine constante Pulzfrequenz hervorzurufen scheint (Erb, B. Fränkel und Holz fanden normale Frequenz, Riegel dagegen eine Pulsvermehrung bis 168, Czermack und Quincke Verlangsamung des Pulses, was zu einer vorsichtigen Beurtheilung von einseitigen Affectionen der cardialen Vaguszweige mahnt), zeigt sich doch bei genauer Ueberlegung, dass zwar nicht alle, wohl aber die meisten Fasern des linken N. accessorius in unserem Falle afficirt sind.

Eine *basale* Affection war aus gleichen Gründen und aus dem gänzlichen Intactsein des N. glossopharyngeus unannehmbar.

Es handelt sich also bei unserem Kranken um eine *Bulbärerkrankung*, wobei die beiden Kerne des linken N. hypoglossus und einzelne Kerne des linken Vago-accessorius, welchem die Nervenzweige für den Gaumen, für die genannten Halsmuskeln und für die linken Stimmbandmuskeln entstammen, afficirt sind. Diese Annahme wird durch die anatomische Lage der Hypoglossus- und vago-accessorius-Kerne in der unteren Ecke der Rautengrube sehr gestützt.

Es fragt sich nur noch, wo die Ursache dieser Kerndegeneration liegt. Obgleich die krankhaften Erscheinungen ganz allmählich entstanden sind dürfte es sich doch nicht um einen Fall von progressiver Bulbärparalyse handeln. Der nicht progressive Character des Processes, die absolute Halbseitigkeit der Läsion, das Intactsein des N. facialis, die Abwesenheit von Speichelfluss, und dem für progressive Bulbärlähmung so characteristischen imbecilen Gesichtsausdruck deuten auf eine andere Genese des Leidens hin. Die Annahme einer syphilitischen Gefässdegeneration von einzelnen Zweigen der linken

Vertebralarterie, speciell der Arteria spinalis anterior, welche nach den Untersuchungen Duret's die Hypoglossus- und Accessiorius-Kerne hauptsächlich mit Blut versorgt, dürfte die Degeneration der genannten Kerne und gerade die *Halbseitigkeit* der Läsion ganz ungezwungen erklären. Während der negative Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung der genannten Erscheinungen sehr erklärlich ist (die Ernährung der Ganglienzellen hatte schon zu stark gelitten als die Behandlung eingeleitet wurde), dürfte die bei der letzten Untersuchung vermuthete Besserung der Atrophie der Halsmuskeln auf eine Regeneration der nervösen Elemente in Folge Entwicklung collateraler Bahnen zurückzuführen sein. Nicht nur die Verästelung der Art. cerebelli inferior, sondern auch die mannigfachen Anastomosen der kleinen bulbären Gefässzweigchen konnten zu der Wiederherstellung der Circulation leicht beigetragen haben. Ob die Hemiatrophia liguae auch in unserem Falle bei einem *Tabetiker* zur Entwickelung gelangt ist — einzelne Autoren geben sogar an, dass die halbseitige Zungenatrophie fast nur bei Tabes dorsalis vorkommt (Bullet, Cusser, Raynaud und Artaud) — dürfte jetzt noch schwer zu entscheiden sein. Obwohl in unserm Falle nur ein Zeichen — die constante Abwesenheit der Sehnenreflexe — auf Tabes hinweist, möchte ich auch hier der Möglichkeit eingedenk sein, dass es sich doch um eine tabetische Zungenatrophie handele. Eine sichere Entscheidung kann wohl nur die Zukunft bringen.

Ich möchte diese Mittheilung nicht schliessen, ohne noch zwei Punkte kurz berichtet zu haben. Woher rührt der abnorme Stand der Zunge, und wie erklären sich die lebhaften Gaumenreflexe bei einer bulbären Läsion?

Während die Ablenkung der Zungenspitze nach links beim Ausstrecken von der Wirkung des intacten *rechten M. genioglossus* abhängig ist, dürfte die eigenthümliche Haltung der Zungenspitze nach rechts bei ruhiger Lage auf dem Boden der Mundhöhle mit Contraction der intacten longitudinalen Muskelfasern der *rechten* Seite in Zusammenhang stehen. Die erhaltenen Reflexe von dem gelähmten Gaumen aus dürften wohl von dem Uebergang der sensiblen Reize der intacten Trigeminuszweige auf die intacten Facialisfasern, welche, wie bekannt, auch zum Gaumen gehen, abhängig sein.

Gerade wie in den von Erb und Remak mitgetheilten Fällen ist auch unser Fall bemerkenswerth durch die absolute Abwesenheit subjectiver Beschwerden. Patient wusste dann auch nichts von der bei der Untersuchung entdeckten Zungenerkrankung, er hatte nur eine Aenderung seiner Stimme und Regurgitation flüssiger Nahrung beim schnellen Trinken gespürt: die articulatorischen und masticatorischen Functionen, sowie die Stimme waren fast ganz intact, dank der vicariirenden Thätigkeit der gesunden Zungenhälfte und der gesunden rechtsseitigen Stimmbandmuskeln.

Für die neuerdings von Lewin und später auch von Erb discutirte Frage nach der Sensibilität bei Affectionen des N. hypoglossus liefert unser Fall keinen Beitrag, weil es sich nicht um eine

pheripherische Erkrankung des Stammes handelt und, wie man sich denkt, die vermutheten sensiblen Zweige dem Hypoglossus nicht von seinen Wurzeln aus, sondern von benachbarten Nervenbahnen zugeführt werden.

---

415) **L. Hirt** (Breslau): Zur Localisation des corticalen Kaumuskelcentrums beim Menschen. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 27.)

Eine 65jährige Frau, die bis vor 8 Jahren ziemlich gesund war, erkrankte an zeitweilig auftretenden Anfällen von linksseitigem Gesichtsschmerz, dem sich später eine Schwächung der Kaumuskulatur zugesellte, die innerhalb zweier Jahre in völlige Lähmung überging. Daneben die Symptome beginnender Tabes dors. Post mortem fanden sich ausser einer leichten Degeneration der Hinterstränge im Lendenmarke zwei Läsionen der Hirnrinde, durch Psammome hervorgerufen, von denen das eine dem unteren Drittel der vorderen Centralwindung und dem Fusse der II. und III. Stirnwindung links, das andere der Uebergangsstelle aus dem linken oberen Scheitelläppchen in den Hinterhauptslappen entsprach. Die Bedeutung des Falles liegt in folgendem:

Er bestätigt die Annahme, dass das vasomotorische Rindenfeld des Trigeminus das untere Drittel der vorderen (linken) Centralwindung und den angrenzenden Fuss der II. und III. Stirnwindung umfasst; 2) er beweist, dass auch eine nur *einseitige* Läsion der Rinde und zwar der linken Hemisphäre genügt, um die Trigeminusmuskeln *beider* Seiten zu lähmen.

Aus letzterem folgt, dass das längere Bestehen einer Parese oder Paralyse der Kaumuskeln keineswegs zu der Annahme eines bilateralen Herdes berechtigt, sondern dass in solchen Fällen die Vermuthung gerechtfertigt erscheint, dass, wenn es sich um einen einseitigen Herd handeln sollte, dieser sicher die Rinde der linken Hemisphäre betreffen wird. Erlenmeyer.

---

416) **Aug. Hoffmann** (Erlangen): Klinische Beiträge zur Kenntniss der Halbseitenläsion des Rückenmarks und der Spinalapoplexie. (Münch. medicin. Wochenschrift 1887. Nro. 22 u. 23.)

Aus Strümpell's Klinik theilt Verf. 2 gut beobachtete Fälle Brown-Séquard'scher Lähmung mit. Der erste betrifft einen 16 jährigen Schreinerlehrling, welcher nach dem er morgens eine Anzahl schwerer Bretter zwei Stockwerk hoch getragen, plötzlich von stechenden Schmerzen im Rücken von den letzten Brustwirbeln bis zum Kreuzbein ausstrahlend befallen wurde. Nachmittags zeigte sich das *linke* Bein vollständig gelähmt, im *rechten* Bein fühlte er lebhaftes Hitzegefühl. Pat. hütete 3 Wochen lang das Bett. Im Hospital wurde im linken Beine Parese, Fuss in Spitzfussstellung constatirt. Sensibilität in demselben völlig normal, keine Hyperästhesien. An der linken Thoraxhälfte findet sich eine etwa handbreite Zone, in der Tast-, Schmerz- und Temperatursinn aufgehoben sind. Plantarreflex links sehr herabgesetzt, Cremasterreflex fehlt, Patellarreflex deutlich, kein Fussphänomen. Rechts ist Tastempfindung von der 7. Rippe

an erloschen, auch Schmerzempfindung, Temperatursinn fehlt, Hautreflexe aber deutlich vorhanden. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven zeigt keine Anomalien. Beim Beugen des Kniegelenkes tritt Mitbewegung in dem sonst activ vollständig unbeweglichen Fussgelenke ein. Pat. bessert sich allmählich. Verf. glaubt, dass es sich im vorliegenden Falle um eine Rückenmarksblutung handelte. Das Stationär-bleiben gewisser Reste der Lähmung kann durch die Annahme einer apoplectischen Narbe hinreichend erklärt werden.

Der zweite Fall betraf einen 56jährigen Oekonomen. Derselbe war von Ochsen im Bereiche des ganzen Rückens getreten worden, verlor das Bewusstsein und wurde in's Spital gebracht. Hier zeigte sich die linke Pupille enger, als die rechte, auf Licht und Accomodation nur wenig reagirend. Der linke Arm und das l. Bein waren gelähmt. Rechtes Bein war für Tast-, Schmerz- und Temperatureindrücke unempfindlich. Pat. musste catheterisirt werden. (8. Oktober 1886.) Nach 12 Tagen fand Verf. Pupillen gleich weit, deutlich reagirend. Grosse Schmerzen im Nacken, in den l. Oberarm ausstrahlend. Bewegungen der Halswirbelsäule behindert und schmerzhaft. Im linken Arm sind nur minimale Bewegungen im Daumen und im Zeigefinger möglich. Muskelsinn nicht gestört. Spitze und Knopf einer Nadel werden nicht unterschieden, tiefe Nadelstiche sind nicht schmerzhaft. Temperaturempfindung abnorm. Reflexe vorhanden. Rechtes Bein zeigt normale Motilität. Tiefe Nadelstiche werden nicht empfunden. Wie im rechten Arm besteht auch hier die Anomalie, dass Kältereize Wärmeempfindung hervorrufen. Linkes Bein ist im Hüft- und Kniegelenk wieder beweglich. Mitbewegung im activ fast unbeweglichen Fussgelenk durch Beugen des Hüft- und Kniegelenkes hervorgerufen. Hyperästhesie im l. Beine. Patient bessert sich ziemlich schnell. Aus den Symptomen geht mit Sicherheit eine Compression der linken Hälfte des Cervicalmarkes hervor. Ob diese durch den gleich anfangs constatirten, aus der Lage gewichenen Halswirbel, oder durch ein Blutextravasat hervorgerufen ist, kann nicht sicher festgestellt werden. Die schnelle Besserung spricht auch hier für die Annahme einer Blutung. Goldstein (Aachen).

---

417) **Adamkiewicz** (Krakau): Monoplegia anaesthestica.

(Wien. medicin. Presse Nro. 23 und 24 1887.)

Verf. beobachtete bei einem 41 jährigen Kaufmanne plötzliches Eintreten von Schmerzen und Parästhesien (Gefühl von Hitze) im rechten Bein, worauf im ganzen Bereiche desselben das Schmerzempfindungsvermögen vollkommen, der Temperatursinn zur Hälfte (für das Kalte) verloren gehen. Die Analgesie ist genau halbseitig begrenzt und umfasst Bein, Becken und Geschlechtsorgane. Die Potenz nimmt ab. Motor. Functionen, Kniephänomen normal. Nach einiger Zeit auch Gefühl von Kälte, Nässe und Spannung in der linken Unterextremität. Empfindungsvermögen und Motilität bleiben in ihrem ganzen physiologischen Umfang unverändert. Nach zweijähriger Dauer machen heftige Schmerzen im linken Beine das Gehen unmöglich. Der Kranke

wird bettlägerig; die Potenz erlischt. Störungen in der Function der Blase stellen sich ein. Muskeln am Oberschenkel des linken Beines atrophiren deutlich, Kniephänomen wird stärker. Nach drei Monaten erst entsprechende Behandlung (laue Bäder, Jodkalium, constant. Strom), und nach weiteren drei Monaten vollständige Reconvalescenz. Schliesslich kommt wieder das ursprüngliche Krankheitsbild zum Vorschein — eine reine Störung des Empfindungsvermögens an einer Extremität, ohne Beeinträchtigung der motor. Function.

Obwohl das gesammte Krankheitsbild der sogen. Brown-Séquard'schen Lähmung sehr ähnlich ist, so glaubt Verf. doch diesen Fall nicht zu den Hemiläsionen des Rückenmarkes zählen zu sollen; namentlich das zweijährige Freibleiben jeder motor. Störung spricht ihm dagegen. Ausserdem fehlte die Ueberempfindlichkeit, fehlten vasomotorische und trophische Störungen im gelähmten Gebiete. Gegen eine Hemiläsion spricht auch die auffallend schnelle Heilung der motor. Störung. Verf. nimmt daher eine primäre Erkrankung der hinteren Wurzeln im Bereiche der drei untersten rechtsseitigen Nervengeflechte an. Auf dem Wege der Rückenmarkshäute hat der Process auch auf die Wurzeln der anderen Seite übergegriffen. Verf. denkt sich, dass auf der primär ergriffenen rechten Seite Analgesien, auf der später ergriffenen linken anfangs Parästhesien, später Schmerzen hervorgerufen seien. In Folge der langen Dauer der Wurzelerkrankungen kam es rechts zur Lähmung, links zunächst aber nur zur Reizung der Nerven, es bestand Ischias mit secundärer Atrophie der Muskeln, welche letztere auch nur eine quantitative, keine qualitative Erregbarkeitsabnahme zeigten. Die vorübergehende Existenz von Störung der Potenz und Blase hält Verf. für zum Theil reflectorisch, zum Theil direct veranlasst. Verf. schlägt vor, dieses Leiden „Monoplegia anästhetica" zu nennen, und fasst diesen Fall als Pendant zu dem von ihm in Wien. med. Blättern Nro. 4 u. 5. 1887 veröffentlichten auf. Die eigentlichen Vermittler des Krankheitsprocesses sind die die hinteren Flächen der Rückenmarksschwellungen bedeckenden Wände; der Process selbst muss als eine Art leichter Pachymeningitis cervico-brachialis, resp. lumbalis aufgefasst werden. (Vergl. übrigens die Fälle von Halbseitenläsion von Hoffmann, Centralbl. für Nervenheilkd. diese Nr. und von Rosenthal, Centralbl. f. Nervenheilkd. Nro. 9, 1887 pag. 267. Letzterer beschreibt einen in vieler Beziehung ähnlichen Fall bei einer Hysterica.) Goldstein (Aachen).

---

418) **Nikolski:** Eczem als Folgeerscheinung von Störungen des Nervensystems. (Arbeiten des II. Congresses russischer Aerzte in Moskau 1887. Bd. II.)

Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die einschlägige Literatur fasst N. die klinischen Beweise für die Abhängigkeit des Eczems von nervösen Störungen in folgenden Punkten zusammen:

a) Coincidenz des Eczems mit anderen nervösen Leiden.

b) Oertliche Veränderungen der Hautsensibilität der eczematösen Theile.

c) Das äusserst häufige symmetrische Auftreten der Eczeme.

ad a) Das Eczem wurde beobachtet:

1) bei traumatischen und idiopathischen (neuralgischen) Affectionen der peripheren Nerven.

2) bei Erkrankungen des Rückenmarks,

3) bei Hemicranie und Hysterie,

4) nach anhaltender Beschäftigung,

5) gleichzeitig mit anderen nervösen Hautleiden, Zona, Pemphigus, glossy-skin.

ad b) Nach Rendu findet man nach Entfernung der Krusten auf den eczematösen Hautstellen eine starke Herabsetzung der Tastempfindung, des Temperatursinns (namentlich für Kälte); die Schmerzempfindlichkeit der tiefer gelegenen Hautschichten erscheint gewöhnlich normal in den oberflächlichen aber selten herabgesetzt, meist erhöht — nach der Heilung wird die Empfindlichkeit wieder normal.

ad c) Das symmetrische Auftreten des Eczems ist bereits von älteren Autoren (Bazin) beschrieben am eingehendsten aber von Tesbet (De la symmétrie dans les affections de la peau Paris 1877) bearbeitet worden.

N. hat 3 Fälle von chronischem Eczem in Bezug auf die dabei vorkommenden nervösen Störungen in Gemeinschaft mit Prof. Shikorski untersucht. Der erste Fall betraf einen 23 jährigen Soldaten, dessen rechter Handballen seit 14, dessen linker aber seit 10 Jahren mit chronischem Eczem befallen war, ohne dass seine Beschäftigung irgend welche Hautreizung bedingt hätte. Die Untersuchung ergab die charakteristischen Zeichen des chronischen Eczems und ausserdem 1) geringe Abschwächung des Berührungsgefühls, 2) Verminderung des mit dem Eulenburg'schen Barästhesiometer gemessenen Drucksinns um das Zwanzigfache, 3) Abschwächung der Doppelempfindung, 4) starke Herabsetzung des Temperatursinns, Differenzen von 15⁰ C. werden nicht erkannt, 5) Aufhebung des Schmerzgefühls, 6) starke Herabsetzung der electrocutanen Sensibilität, vollständiger Mangel der elektrocutanen Schmerzempfindung, 7) kaum bemerkbare Gefässreflexe an den Armen, 9) deutliche Cremasterreflexe und 10) normale elektrische Erregbarkeit der Muskeln.

Der zweite Fall bezieht sich auf einen 56 jährigen Kranken, der seit 13 Jahren an Eczem verschiedener Körpertheile, besonders aber des Gesichtes leidet. Am Nervensystem fand N. folgende Veränderungen: Im Laufe von 10 Jahren progredirende Gedächtnissschwäche, gedrückte Gemüthsstimmung, häufiges Weinen, Schreckhaftigkeit, äusserste Gereiztheit, stark erhöhte Sehnenreflexe, seit 10 Jahren zunehmende Impotens. Der Drucksinn gleich 0, auf den von Krusten befreiten, eczematösen Stellen sind Temperatur-, Tastsinn und Schmerzempfindung stark herabgesetzt.

Der dritte Fall wurde an einem 35jährigen Offizier beobachtet, der seit 4 Jahren an recidivirendem Eczem besonders des Gesichtes leidet. Als ätiologische Momente sind aus der Anamnese hervorzuheben: schwere und langdauernde Intermittens, Reizung der Nerven

während des Krieges und starke psychische Aufregung. Allgemeine Reizbarkeit, starke Erhöhung der Sehnenreflexe, die Gefässreflexe sind so stark, dass durch Streichen mit dem Spatelstiele auf Brust und Rücken rothe Streifen auftreten, welche nach einigen Minuten zu Urticaria facticia sich umbilden und während der bestehenden Krankheit 45, in der Heilungsperiode $2^1/_2$—2 Stunden anhielten.

Aus den in der Literatur vorhandenen und seinen Fällen ist N. zu schliessen geneigt, dass das chronische Eczem nicht selten auf Störungen sowohl des trophischen als auch des vasomotorischen Nervensystems beruhe und dass es einer rationellen Behandlung mit Antinervinis weicht, wie er es nicht selten auf der dermatologischen Klinik des Prof. Stukowenkov (Kiew) beobachtet hat.

Hinze (St. Petersburg).

---

419) **Meinert** (Dresden): Tetanie in der Schwangerschaft.

(Arch. f. Gynäkol. Bd. XXX Heft 3.)

420) v. **Frankl-Hochwart** (Wien): Ueber die electrische und mechanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln bei Tetanie.

(Centralbl. f. klin. Medicin Nr. 21 1887.)

Bekannt ist, dass die Vorgänge des Geschlechtslebens bei der Tetanie eine grosse Rolle spielen; trotzdem sind die Publicationen von Seiten der deutschen Gynäcologen recht spärlich. Da auch die Anzahl von Fällen von Tetanie in der Schwangerschaft recht klein ist und die Quellen schwer zugänglich sind, so giebt M. in Kürze dieselben wieder. Er selbst fügt dann einen Fall einer 40 jährigen robusten Wöchnerin hinzu, welche in einer dumpfen Wohnung lebend, während der 3. und 4. Schwangerschaft von Tetanie befallen wude. Die Symptome waren die bekannten; erwähnenswerth ist, dass nach Darreichung von Kal. brom. und Chloralhydrat eine Tänie abging, welche Pat. seit ihrem 20. Lebensjahre beherbergt haben will. Abnahme der Anfälle. Nach Aussetzen der Medication trat eine Verschlimmerung des Leidens ein, auch im Puerperium traten noch Anfälle auf, die schliesslich nach Kali jodat. jedoch schwanden. Die Kinder (Mädchen), welche völlig ausgetragen zur Welt kamen, starben beide, das erste nach drei Wochen (angeblich an Scha.lach), das zweite nach sechs Wochen (an Eklampsie). Höchst merkwürdig war eine trophische Störung an den Nägeln, die mit dem Beginn der Krankheit jedesmal von der Matrix aus zu necrotisiren anfingen. Ferner bildete sich ein doppelseitiger Schichtstaar aus, der sich langsam aufhellte. Nach Arlt ist diese Form der Katarakt, wenn sie im vorgeschrittenen Kindesalter zur Beobachtung kommt, gewöhnlich auf frühere Eklampsie zurückzuführen.

v. Frankl-Hochwart beobachtete 19 Fälle von Tetanie im Verlaufe von 6 Monaten in der Nothnagel'schen Klinik, davon betrafen 2 gravide Frauen der arbeitenden Klasse, die übrigen 16 waren Handwerker im jugendlichen Alter.

Bei 18 von diesen war eine Steigerung der electrischen Erreg-

barkeit der Nerven für den galv. Strom nachzuweisen, für den faradischen zeigte sich nur selten eine Erhöhung, ganz vereinzelt erscheint erhöhte faradische Erregbarkeit ohne Steigerung der galvanischen. Zwei Individuen, welche bei starken tetanischen Anfällen normale faradische und erhöhte galv. Erregbarkeit geboten hatten, zeigten nach Verlauf der Processe normale galvanische und faradische Verhältnisse. Aehnliche Resultate ergab die Untersuchung der Muskeln (Erhöhung nur bei 14 von 18). Goldstein (Aachen).

---

421) **Steiner** (Rosenberg O. S.): Ein Fall von idiopathischem Cystospasmus. (Berl. ärztl. Zeitschr. Nro. 9 1887.)

Ein 18 Jahre alter Seminarist, hereditär neuropathisch nicht belastet, nicht besonders geistig beanlagt, war nach einer Unterdrückung der Urinsecretion während zwei Stunden, trotz starken Dranges, hinterher nicht mehr im Stande, den Urin zu entleeren. Es gelang dies erst später bei der Defaecation. Es bildete sich ein Krampf des sphinct. vesic. aus. Als ursächliches Moment nimmt Verf. erworbene neuropathische Disposition an, die Unterdrückung fasst er als Gelegenheitsursache auf. Catheterismus erwies sich von grossem Nutzen, desgleichen Suppositorien von Bellad. und Opium. Die Electricität wurde zu kurze Zeit angewendet. Sämmtliche Symptome und Beobachtungen stimmen mit Oberländer's diesbezüglichen Ausführungen überein.

Goldstein (Aachen).

---

422) **Küssner** (Halle a. Saale): Zur Kenntniss der Vagussymptome bei Tabes dorsalis. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 20.)

Bei den Larynxcrisen der Tabiker handelt es sich meistens um eine „Posticuslähmung", eine Lähmung der Glottiserweiterer, der Abductoren. Ebenso kann das klinische Bild der inspiratorischen Dyspnoe auch durch Krampf oder Contractur der Adductoren hervorgerufen werden (Gerhardt). Beides kann zugleich bestehen. Diese Thastache zu wissen ist für den Therapeuten wichtig, weil die Adductorencontractur durch Bromkalium zu beseitigen ist. Unter solcher Behandlung kann den Kranken grosse Erleichterung geschaffen werden. — Verf. theilt zwei Fälle mit, von denen der zweite recht lehrreich ist. Mit Recht betont Verf., dass mit der Bezeichnung „Ataxie der Kehlkopfmuskeln" die erwähnten Zustände keineswegs richtig gekennzeichnet werden. Die Art der Contractur erklärt Verf. für eine *reflectorische.* Erlenmeyer.

---

423) **T. J. Lavers** (London): Anosmia. (Anosmie.) (The Lancet. 9. April 1887.)

Zur Beseitigung der auf einer Störung des N. Olfactor. beruhenden Anosmie empfiehlt es sich, neben der Anwendung der Electricität täglich je eine hypodermatische Strychnininjection auf je eine Seite der Nase zu machen. Pauli (Köln).

---

424) **A. Chauffard** (Paris): De l'urémie convulsive á forme d'épilepsie Jacksonienne. (Die eclamptische Urämie in Form von Jackson'scher Epilepsie.) (Arch. gen. de méd. Juli 1887.)

Indem Ch. die vielfach acceptirte Anschauung, nach welcher die Urämie zuweilen begleitenden Lähmungen und Krämpfe in Oedema cerebri ihren Grund haben, widerlegt, will er an deren Stelle eine andere plausiblere gesetzt wissen.

Zu diesem Zwecke beruft er sich zunächst auf die Angaben Litten's, dass bei der urämischen Amaurose, die, wie weiter unten gezeigt werden wird, wahrscheinlich auf Paralyse beruht, sich der Augengrund gewöhnlidh ganz normal erweist, während, wenn hier Oedem als pathogenetisches Moment in Frage käme, die Papillen geschwellt und prominent sein müssten.

Noch viel weniger könne dieses Moment, da es die motorischen Zellen nicht nur nicht zu verstärkter Thätigkeit anrege, sondern dieselbe heruntersetze und dadurch vielleicht Paralyse erzeuge, für die Gegenwart von Convulsionen unter solchen Umständen verantwortlich gemacht werden.

Dazu komme, dass bei den genauer beobachteten Fällen weder eine nennenswerthe Ansammlung wässeriger Flüssigkeit an der fraglichen Stelle, noch Congestionen der erwähnten Zellenzone durch die Section festgestellt seien.

Endlich spräche noch der häufige und rasche Wechsel des Sitzes der fraglichen Begleiterscheinungen gegen die obige Anschauungsweise.

Viel wahrscheinlicher erscheine es dagegen, dass es ein im Blute zurückgehaltener Giftstoff sei, welcher die psycho-motorischen Centren der einen oder anderen Hemisphäre nach der gedachten Richtung hin beeinflusse.

So schwer sich auch diese einseitige Einwirkung resp. das einseitige Auftreten jener Begleiterscheinungen erklären lasse, so beobachten wir doch nach manchen Intoxicationen z. B. durch Blei ein ähnliches Verhalten.

Ja man könnte fast behaupten, dass da, wo die Ursache von der Art sei, dass sie a priori auf beiden Hirnhälften gleichmässig einwirke gerade jene Bewegung einer Körperhälfte platzgreife.

Werden nun je nach der Natur des Giftes die corticalen Zellen in ihrer Function deprimirt oder excitirt, so sind hiervon in ersterer Hinsicht Paralyse und in zweiter Spasmen die klinischen Ausdrücke.

Als solche gehören auch noch die niederen und höheren Temperaturgrade hierher, wie wir sie unter solchen Umständen zu beobachten Gelegenheit haben, jedoch mit der Modification, dass es in diesem Falle die calorischen Centren sind, welche jene Differenzen vermitteln. Pauli (Köln).

---

425) **Justus Thiersch** (Leipzig): Zur Casuistik der Hirnsyphilis. (Münch. medic. Wochenschr. Nro. 24 u. 25. 1887.)

Verf. theilt aus der Klinik von Wagner drei Fälle mit. Der erste betrifft ein 12 jähriges Mädchen, welches an hereditärer Lues litt

Es bestanden monatelange Kopfschmerzen. Innerhalb 5 Tagen bildeten sich Lähmungen und Paresen im Gebiete beider Oculomotorii, des rechten Hypoglossus, des linken Glossopharyngeus, Abducens, Facialis und Trigeminus aus. Ferner entwickelte sich eine neuroparalytische Keratitis. Im rechten Arm und Bein bestand Schwäche und Sensibilitätsstörung. Allmähliche Besserung aller Erscheinungen.

Die Symptome lassen eine syphilitische Affection der Basis des Gehirns vermuthen. Interessant ist der Fall desswegen weil er Anhalt gibt, die Existenz trophischer Fasern zu sichern. Die Ernährungsstörungen des Auges traten plötzlich auf und einige Tage später kam die Anästhesie in demselben Gebiete hinzu. Trotz der peinlichsten Sorgfalt, mit der das kranke Auge geschützt wurde, nahmen die Conjunctivitis und Neuritis ihren Verlauf; die Entzündung bildete sich allmählich zurück trotz fortbestehender Anästhesie. Aehnlich verhielt es sich mit Zunge, Mund und Nasenschleimhaut. An der Haut der Backe entstand Blasenbildung noch vor der Anästhesie. Es muss sich also um eine Läsion des linken Ganglion Gasseri oder der von ihm abgehenden sensibeln Trigeminusäste gehandelt haben. Ueber die Art der syph. Affection, ob Gumma, ob „diffuse Infiltration der Bindegewebscapillaren", werden allerhand Vermuthungen geäussert. —

Der zweite Fall betrifft einen seit 1876 luetischen Mann, der 1884 Hautsyphilis zeigte. Von Anfang 1885 ab zeigten sich Allgemeinbeschwerden: Erbrechen, Kopfschmerzen. Vom 2.—4. April 1885 Lähmungen im Gebiete des rechten Facialis, der Zungen- und Schleimmuskulatur, der vier Extremitäten. Allmähliche Besserung. Zurückbleiben von Spasmen in den Beinen und Aphonie. Die Krankheit verlief unter dem Symptomenbilde der sog. apoplectiformen Bulbärparalyse, mit Ausnahme ernsterer Störungen von Seiten der Respiration und Circulation. Der Sitz der Erkrankung wird an die Arter. basilar. und ihre Verzweigungen in der Medull. oblong. zu verlegen sein. Der klinische Verlauf spricht für eine Thrombose an besagter Stelle.

Der dritte Fall betrifft eine 1883 und 1884 wiederholt an Syphilis behandelte 27 jährige Fabrikarbeiterin. Von Ende Januar 1887 ab Polyurie. Ende März kurz nacheinander zwei Anfälle von Lähmungen der Extremitäten, Facialis- und Hypoglossuslähmung, incontinentia urinae. Schnelle Besserung der Lähmungen. Die Polyurie bleibt. Der Sitz der Erkrankung wird mit einiger Wahrscheinlichkeit an den Boden des 4. Ventrikels verlegt. Nehmen wir, wie im vorigen Falle, eine luetische Gefässerkrankung an, so können wir uns vorstellen, dass die erste Thrombosirung an dem empfindlichen Punkt am Boden des 4. Ventrikels statt hatte: es trat Polyurie ein. Die zweite entstand in unmittelbarer Nähe, die Folgen der ersten blieben, die der zweiten gingen fast vollständig zurück. Uebrigens verhehlt sich Verf. in allen drei Fällen das Hypothetische der Diagnosen nicht, da ja die Kenntniss des Sectionsbefundes mangelt. Die Behandlung bestand in energischen Schmierkuren unter gleichzeitiger Anwendung von Jodkali.

Goldstein (Aachen).

---

426) **K. Bettelheim** (Wien): Ein Fall von Rumination. (Centralbl. f. klin. Medicin. Nro. 24. 1887.)

Angeregt durch die Arbeiten von Axel Johannessen (dies. Centralbl. pag. 116. 1885) beschreibt Verf. einen Fall von Rumination bei einem 59 Jahre alten Manne. Pat. litt früher und jetzt an Hämorrhoidalblutungen. Die Rumination besteht jetzt seit 7 Jahren. dieselbe trat plötzlich auf. Auffällig ist beim Kranken eine starke Pulsation der Bauchaorta. Die Untersuchung ergab eine geringe Verminderung der Erregbarkeit des rechten Cucullaris (Kathode an der Eintrittsstelle des Nerven in den Muskel).

Goldstein (Aachen).

427) **R. Wagner** (Giessbach): Ueber hydroelektrische Bäder. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nro. 10. 1887.)

Verf. theilt einige Beobachtungen mit, die er bei Anwendung der dipolaren Form der hydroelectr. Bäder gemacht hat. Bei allgemeinen Neurosen empfiehlt er die Anwendung schwacher Ströme, den galv. nur bis zur ersten leisen Empfindung des Stromwechsels, den faradischen bis zum Auftreten einer angenehmen Sensation. Eine grössere Toleranz gegen den farad. Strom konnte erreicht werden, wenn vor der Application die Badenden einige Minuten hindurch der Einwirkung eines mässigen galv. Stromes ausgesetzt waren. Nach verschiedener Richtung hin interessant ist die Einwirkung auf die Herzaction. Uebereinstimmend mit Eulenburg u. A. fand Verf. constant eine Abnahme der Pulsfrequenz im Bade, und zwar ist die Pulsverminderung immer um so bedeutender, je höher die Zahl der Schläge vor dem Bade gewesen. Eulenburg schreibt diese Wirkung der gleichmässig diffusen Hautnervenreizung zu, Verf. glaubt eher eine Einwirkung auf die Hemmungsbahnen der Herznerven annehmen zu sollen. Mit der Theorie von Eulenburg stimmt nicht, dass die Pulszahl-vermindernde Wirkung der galv. Bäder weit bedeutender ausfällt, als die der ungleich stärker reizenden faradischen. Ganz ausgezeichnet und constant erwies sich dem Verf. die Wirkung des dipolaren faradischen Bades bei Neurasthenie, namentlich als beruhigendes, den Schlaf verbesserndes, kräftigendes Mittel.

Binswanger's negative Resultate in Bezug auf die Schlafverbessernde Wirkung möchte Verf. in allzugrossen, daher reizenden Stromstärken vermuthen. Goldstein (Aachen).

428) **Gg. Fischer** (Cannstatt): Antifebrin gegen lancinirende Schmerzen. (Münch. medic. Wochenschrift Nro. 23. 1887.)

429) **Adolf Salm** (Strassburg i. E.): Ueber Antifebrin als Antiepilepticum. (Neurolog. Centralbl. Nro. 11. 1887.)

Fischer theilt 10 Fälle mit, bei denen Antifebrin sich günstig gegen lancinirende Schmerzen der Tabiker erwies. Es versagte nur in einem Falle, bei den anderen war es von verschieden kräftiger, aber immerhin von günstiger Wirkung. Verf. gibt es in Dosen von

0,25 und lässt bei sich meldendem Anfalle sofort 2 Pulver nehmen, nach Bedürfniss später mehr. Das Nachtrinken von etwas Wein oder Cognac muss dem Kranken eingeschärft werden.

Salm findet bei 11 mit Antifebrin behandelten Epileptikern kein nennenswerthes Resultat. Nebenwirkungen sind unbedenklich, so die Cyanose der Lippen, und die dunkle Färbung des Urins. Die Cyanose beruht übrigens nicht auf Bildung von Methämoglobin im Blute. Wenigstens war dasselbe bei den Kranken des Verf.'s nicht nachweisbar. Goldstein (Aachen).

---

430) **L. Riess** (Berlin): Therapeutische Krankenhaus-Erfahrungen. 3) Ueber die Behandlung von Chorea und anderen hyperkinetischen Krankheiten mit Physostigmin. (Berl. klin. Wochenschr. 1887. Nro. 22.)

Das eigentliche Wesen der Chorea ist noch durchaus unklar. Immerhin berechtigen das klinische Bild sowohl wie einige neuere pathologisch-anatomische Befunde zu der Annahme, dass bei der Chorea eine Veränderung der centralen motorischen Partien des Gehirns und wahrscheinlich auch des Rückenmarks vorhanden ist, und diese Veränderung der Hauptsache nach in einer (entzündlichen?) Reizung und einer Vermehrung der Erregbarkeit besteht.

Dementsprechend muss die Therapie zu Mitteln greifen, die eine Herabsetzung der bestehenden Erregbarkeit herbeiführen. Verf. empfiehlt hier die Calabarbohne, beziehungsweise ihr Alkaloid, das Eserin oder Physostigmin.

Verf. hat von 1879 - 1885 sämmtliche auf die innere Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses gekommene Fälle, 40, mit Physostigmin behandelt. Davon waren 34 Kinder und jüngere Leute, grösstentheils auch noch frische Fälle, nur wenige bestanden schon monatelang. Die 6 anderen Fälle betrafen ältere Leute und zeigten 2 mal acute, 4 mal chronische, habituelle (vielleicht secundäre) Form. Unter den 34 jugendlichen Fällen waren 4 von der (in Berlin nicht seltenen) schweren, tödtlichen Form. Die 4 Fälle habitueller Art konnten nur gebessert werden, doch trat die Besserung verhältnissmässig schnell ein (4—28 Tage) *die anderen Fälle wurden vollständig geheilt*, zwei von ihnen langsam (1 mit Psychose, 1 schon 3/4 Jahre bestehend), die übrigen auffallend schnell. — Verf. giebt täglich zweimal 0,001 Eserin. sulphur. subcutan. Es kann danach Erbrechen eintreten. In einzelnen Fällen waren schon am 5. und 6. Tage alle choreatischen Erscheinungen vollständig verschwunden. Dass in dieser Abkürzung des Verlaufs ausserordentliche Vortheile liegen ist ohne weiteres einleuchtend.

Weiter hat Verf. in derselben Weise behandelt: 5 Fälle von *Tetanus* (2 schwere, 3 leichte). Ein sicher formulirbarer Einfluss des Eserin kann nicht angegeben werden.

Bessere Erfolge wurden erzielt bei 12 Fällen von *Tremor* (4 seniler, 4 alkoholischer, 2 hysterischer, 1 posttyphöser, 1 cerebraler). Bei 8 trat innerhalb 2—3 Wochen wesentliche Besserung ein, bei den

übrigen 4 völlige Heilung (1 senile, 2 hyster., 1 posttyphöse) in sehr kurzer Zeit. Zwei der Fälle die schon Jahre lang bestanden, genasen nach wenigen Tagen.

Bei 4 Fällen von *Paralysis agitans* trat Besserung ein, die nach dem Aussetzen des Mittels verschwand.

Sehr gute Erfolge hat Verf. erzielt bei 2 Fällen von *multipler Sclerose des Gehirns und R.-M.* Ebenso bei 3 Fällen von *posthemiplegischer Chorea*, bei 2 *Athetosen* und 1 *männl. Hysterie* mit enormer Steigerung aller Reflexbewegungen. Verf. hat mit Eserinum sulphur. (Merck) experimentirt; empfiehlt Vorsicht wegen leichter Zersetzbarkeit der Lösung und spricht mehr für das haltbarere Eserin. salicylicum. Von Erbrechen als Nebenerscheinung, meist direct nach einer Injection, im Anfang der Cur besonders ausgeprägt, war schon die Rede. Oft wird auch eine Steigerung der Muskelsymptome direct nach der Injection beobachtet, was Verf. aber nicht als Wirkung des Mittels, sondern als psychisches Moment auffasst.

Resumé: Die Erfahrungen des Verf. mahnen auf alle Fälle zur Nachahmung. Erlenmeyer.

---

431) v. **Krafft-Ebing** (Graz): Psychopathia sexualis. (II. Aufl. Stuttgart 1887. gr. 84. 18 S. M. 3,60.)

Von der in Nro. 2 unseres Centr.-Bl. vom laufenden Jahre ausführlich besprochenen Schrift des fleissigen Verfassers liegt uns die II. Aufl. vor, Beweis, dass die Arbeit sich des Wohlwollens der Aerzte erfreut und ein bestandenes Bedürfniss ausgefüllt hat. Die Verbesserungen und Erläuterungen gegen die I. Auflage sind recht erhebliche. Wir empfehlen auch die neue Auflage zu eingehendem Studium.

E.

---

432) **Donnet** (Bordeaux): De l'intoxication professionelle des degustateurs de vins et de liqueurs. (Intoxication bei professionellem Kosten des Weins und der Liqueure.) (Ann. méd. psycholog. 1887 Januar.)

Im Hinblick auf die neuerdings beschriebene Intoxication der Thee-Trinker und derer, die Thee professionsmässig zu kosten haben untersucht Verf., ob es auch eine Intoxication bei Leuten gibt, die, sonst nüchtern und mässig im Trinken, in den grossen Handelshäusern die eingehenden Weine und Liqueure zu probiren haben. In vielen dieser Getränke spielt der Alkohol der Industrie eine Rolle, wesshalb man nicht gut in Bezug auf die Wirkung der einzelnen Getränke specialisiren kann. Ausserdem entwickelt sich die Intoxication schneller oder langsamer, je nachdem beim Kosten hinunter geschluckt oder ausgespieen wird. Verf. erwähnt zwei ältere und bringt drei neue Fälle. Im ersten traten zwei Jahre nach Beginn des professionsmässigen Kosten von Wein, seltener Cognac oder Rum (30—40 Fässer täglich) wobei schlechte Qualitäten ausgespieen, vom guten aber einen Schluck hinunter gelassen wurde. (! Ref.), somatische und psychische Erscheinungen des Alkoholismus auf und nach dem Aussetzen des Kostens trat Besserung bald ein. Im zweiten Falle kostete der Betreffende

seit 3 Jahren Wein und Liqueure in andern Häusern und schluckte häufig die Probe hinunter, öfter auch mehr ohne sich je zu betrinken. Zweimal trat ein Delirium alkoholcium auf und nach dem Aussetzen des Alkohols zeigten sich Erscheinungen von Demenz. Im dritten Falle, in dem es sich, wie in den beiden ersten, um einen sonst nüchternen und pflichttreuen Menschen handelte, traten nach mehrjährigem Kosten von Alkoholicis, ohne dass dieselben verschluckt wurden (? Ref.), auch Intoxikationserscheinungen auf. Diese professionelle Alkoholintoxikation dürfte nach Ansicht des Verf. nicht durch die reinen Weine, sondern durch die Anwendung von Alkohol der Industrie bei der Herstellung von Weinen und Liqueuren hervorgebracht werden. Dem Referenten scheinen die angeführte Fälle zur Beurtheilung der Schädlichkeit des Kostens von Weinen etc. nicht geeignet, wie sich auch aus der Arbeit Marandon de Montyel's ergibt.

Otto (Dalldorf).

---

433) **Marandon de Montyel** (Dijon): De la Dégustation des vins en Bourgogne dans ses rapports avec l'alcoolisme professionelle. (Das Kosten des Weines in Bezug auf den professionellen Alkoholismus.)
(Ann. méd. psycholog. 1887 Januar.)

Unter den Alkoholisten seiner Anstalt findet Verf. fast keinen der sich mit dem Kosten professionsmässig abgegeben hatte, trotz der grossen Zahl solcher Leute in der Provinz. Es wurden desshalb Erhebung bei Aerzten, grossen Handelshäusern und den Weinkostern selbst angestellt, welche ergeben, dass die professionsmässigen Weinkoster der Bourgogne überhaupt von dem Gros der zu kostenden Weine nichts verschlucken und auch nicht an Alkoholismus erkranken. Bei Theekostern verhält es sich anders, weil sie die Probe hinunterschlucken. Indess gibt es noch eine andere Art von Weinkostern (z. B. Zollbeamte etc.) die oft tüchtig von den zu probirenden Weinen trinken. Hier ist Alkoholismus häufig. Man kann also einen professionellen Alkoholismus der eigentlichen Weinkoster nicht erweisen während es ein professioneller Theeismus gibt.

Otto (Dalldorf).

---

434) **A. Leppmann** (Breslau): Das Delirium potatorum abortivum. (Gerichtsärztliche Betrachtungen nebst Gutachten über einen Muttermörder.) (Sonder-Abdruck aus Deutsche Medizinal-Zeitung 1887. Nro. 51.)

In den meisten gerichtlich-medizinischen Lehrbüchern findet sich die Anschauung vertreten, die Grundstimmung der an Delirium potatorum Erkrankten sei immer eine ängstlich erregte und schreckhafte. Wer Gelegenheit gehabt hat eine grössere Menge von Deliranten zu beobachten, wie sie sich in Deutschland am ehesten in den grösseren städtischen Krankenhäusern des Nordens und Ostens ansammelt, wird dies nicht voll bestätigen können. Eine sehr ausgesprochene ängstliche Exaltation findet sich während der ganzen Dauer der Krankheit nur bei einzelnen, gewöhnlich mit grosser körperlicher Erschöpfung einhergehenden und zu üblem Ausgang neigenden Fällen; die meisten

anderen hingegen bieten einen solchen Gemüthszustand nur im Prodromalstadium des Leidens; auf der Höhe desselben zeigen die Kranken trotz der massenhaften Sinnestäuschungen entweder eine gleichgiltige Beschaulichkeit, wie jemand, der sich innerhalb einer in Leben und Thätigkeit befindlichen Umgebung aufhält, deren Anblick ihm nicht neu ist, oder sie sind sogar auffallend heiter.

Das stets depressiv gefärbte Prodromalstadium umfasst die Zeit vom Beginn der ersten körperlichen und seelischen Krankheitserscheinungen bis zu dem Punkte, wo der Kranke durch gehäufte lückenlos sich aneinander reihende Gesichtstäuschungen desorientirt wird, d. h. die Kritik über seinen Aufenthaltsort, auch wenn ihm derselbe sonst auf das Genaueste bekannt ist, auch wenn einzelne Merkmale desselben ihm in Erinnerung gebracht werden, völlig verliert.

Diese Desorientirtheit kommt in so ausgesprochener Form wohl bei keiner anderen Psychose vor, sie ist pathognomisch für das Höhestadium des Delirium potatorum und nicht zu verwechseln mit Mangel an Einsicht in die Umgebung überhaupt. Der Delirant z. B., welcher in der Akme der Krankheit rückfällig in das Krankenhaus zurückkehrt, nennt die ihm bekannten Aerzte, Wärter und dergl. meist sofort mit Namen, er erkennt Einzelheiten der Zimmereinrichtung, nur verwischen ihm die stets wechselnden und zahlreichen Gesichtstäuschungen den Gesammteindruck, so dass er sich nie davon überzeugen kann, er sei im Krankensaal resp. in der Zelle.

Es giebt aber eine Form von Delirium potatorum, bei welcher dieses Höhestadium nicht erreicht wird, bei welcher sich an das Prodromalstadium sofort das Stadium der Ermattung und das Klarwerden nach Verfall in Schlaf anschliesst.

Diese Form, welche wir Delirium potatorum abortivum nennen, charakterisirt sich demnach ungefähr durch folgende Symptome:

Die Kranken zeigen den bekannten Tremor, welcher sich bei der ausgebildeten Form auch meist nur im Prodromalstadium findet, also nicht geeignet ist, eine Rolle bei der Benennung des Leidens zu spielen. Sie haben ein kongestionirtes Gesicht, belegte Zunge und kühle Extremitäten, häufig auch Aufstossen, Erbrechen und Durchfall. Sie klagen über Kopfschmerzen und Beklemmung auf der Brust, es ist ihnen, als ob ihnen eine schwere Krankheit oder ein Unglück bevorstünde; auch treten einzelne, die Einsicht in die Umgebung vorübergehend trübende Sinnestäuschungen auf; so z. B. sehen die Kranken in der Zimmerecke oder vor den Fenstern Fratzen vorüberhuschen, sie hören ab und zu aus der Ferne befehlende, scheltende oder ängstliche Rufe und in der Zimmerwand Knallen und Schaben. Auch scheinen, so schliesse ich aus eigenen Beobachtungen, wie überhaupt im Prodromalstadium, gerade bei dieser abortiven Form zeitweilige illusionistische Verwechselungen von Personen der Umgebung häufig vorzukommen, namentlich nachts, weil eine unsichere halbhelle, wechselnde Beleuchtung am geeignetsten zur Erzeugung solcher Umgestaltungen ist. Die Erkrankten bewahren im ganzen noch die äussere Beherrschung, sie sind nur scheu, einsilbig und ruhelos; sie schlafen nicht,

kleiden sich an und aus, laufen im Zimmer herum, machen sich wohl auch durch zweckloses Betasten und unmotivirtes Hin- und Hertragen von Gegenständen auffällig; zuweilen aber werden sie aus weiterhin angegebenen Gründen plötzlich heftig gegen ihre Umgebung, oder schreiten zu Selbstbeschädigungsversuchen.

Gewöhnlich schon nach 24 Stunden schwindet der Zustand hochgradiger ängstlicher Unruhe und die Kranken kommen zum Schlaf.

Diese abortive Form tritt bei Trinkern entweder als erster Ausbruch einer der dem chronischen Alkoholismus eigenthümlichen Formen von akuter transitorischer Seelenstörung auf, oder als Rezidiv ausgebildeter Fälle von Delirium potatorum und dann gewöhnlich nicht zu lange, d. h. nur Wochen und Monate nach einem schweren Anfall.

Einige Male sah ich auch Folgendes: War ich aus äusseren Gründen gezwungen von der Irrenstation des Allerheiligen-Hospitals, an welcher ich früher fungirte, Deliranten zu entlassen, deren Rekonvalescenz noch nicht vollendet war, d. h. welche sich noch abgeschlagen fühlten, über einen wüsten Kopf klagten und noch nicht den gesteigerten Humor bekundeten, wie sonst dergleichen Genesende, so war es die Regel, dass solche Halbkranke, um sich die nöthige Aufstachelung zur Berufsarbeit zu verschaffen, sofort wieder reichlich Spirituosen zu sich nahmen. Dann kam es zuweilen vor, dass solche nervös Erschöpfte schon nach wenigen Angiftungen, d. h. nach 5—8 Tagen mit allen Zeichen des Delirium potat. abortiv. in das Hospital zurückkehrten.

Was nun die forensische Bedeutung dieser abortiven Form anbetrifft, so ist es von vornherein anzunehmen, dass bei derselben schwerere Strafthaten, namentlich Beschädigungen von Personen relativ häufig vorkommen werden, weil dergleichen Handlungen dazu dienen sollen, die Erkrankten von dem verzweifelten Zustande zu entlasten, in welchen sie durch das Angstgefühl und durch das Schwanken zwischen Erkennen und Verkennen der Einzelheiten der Umgebung versetzt werden.

Die Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit resp. die Beweisführung, dass dergleichen Thaten in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit begangen worden, durch welche Willensbestimmung der Thäter ausgeschlossen war, bietet gewisse Schwierigkeiten.

Erstens sind Gewohnheitstrinker in der Regel sozial verkommen, oder stehen mindestens in so schlechtem Rufe, dass der etwaige Mangel an Motiven oder der Kontrast der That mit dem Vorleben als unterstützend für das Gutachten von vornherein wegfällt.

Sodann trägt das Leiden einen so transitorischen Charakter, dass der Thäter meist schon wieder frei von Krankheitserscheinungen sein wird, wenn er in ärztliche Behandlung kommt. Man ist daher auf Zeugenaussagen angwiesen und da die Erscheinungen des Leidens für den Laien nicht sehr ausgesprochen sind, so werden auch Augenzeugen Wichtiges übersehen, und wenn man nicht genaue Fragen stellt so wird man auf die unbestimmte Antwort angewiesen sein, der Thäter sei zwar etwas sonderbar gewesen, habe aber im ganzen sich vernünftig benommen.

Schliesslich wird man sich erinnern müssen, dass man bei der persönlichen Untersuchung des Angeschuldigten oft keine ausgesprochene Zeichen derjenigen *dauernden* körperlichen und seelischen Störungen feststellen können wird, welche der chronische Alkoholismus in seinem Verlaufe erzeugt. Die Erkrankung an Delirium nämlich gehört zu den frühesten Zeichen der chronischen Alkoholintoxikation und es können bereits wiederholte Anfälle dieser Krankheit eingetreten sein, ohne dass man von der dauernden Verstumpfung des Gemüthslebens und der progressiven Abnahme der Intelligenz und der Willenskraft, auf welche manche Lehrbücher bei der forensischen Begutachtung Gewicht legen, etwas Wesentliches merkt.

Bei solchen Schwierigkeiten hat der ärztliche Sachverständige die beste Unterstützung an charakteristischen Beispielen, und da im Gegensatz zu der sonstigen psychopathologisch-forensischen Literatur der letzten Jahrzehnte diejenige über das Delirium potatorum eine auffallend dürftige ist, könnte vielleicht der in Folgendem geschilderte Fall aus meiner gerichtsärztlichen Thätigkeit das Interesse weiterer Kreise erregen.

Geschichtserzählung.

Paul Pappritz, geboren den 17. März 1849, stammt aus einer Familie, in welcher Geistes- und Nervenkrankheiten nicht vorgekommen sein sollen. Er genoss die Erziehung der Kinder des mittleren Bürgerstandes, zeigte in der Schule mittlere Begabung, lernte nach Verlassen derselben das Buchbinderhandwerk, war in den Jahren 1869—1872 Soldat und nahm als solcher am Feldzuge gegen Frankreich theil. Seit seiner Militärzeit ergab er sich allmählich immer mehr und mehr dem Trunke, wurde arbeitsscheu und liess sich grösstentheils von seiner Mutter (sein Vater war bereits 1866 gestorben) unterhalten. Zeitweilig war er als Büreaudiener bei einer hiesigen Bahnverwaltung angestellt. In den siebenziger Jahren heirathete er, die Ehe blieb kinderlos, seine Frau trennte sich bald von ihm. In der Zeit vom 10.—16. August 1880 und vom 5.—14. April 1881 befand sich der p. Pappritz wegen Delirium potatorum auf der Irrenstation des Allerheiligen-Hospitals. Die Krankheit begann jedesmal ohne nachweisbare Gelegenheitsursache mit starkem Erbrechen und allgemeiner Abgeschlagenheit. Nach einigen Tagen traten starkes Zittern, Schweiss, hochgradige Aengstlichkeit, Mangel an klarem Erkennen der Umgebung und nicht sehr zahlreiche Gesichtstäuschungen verbunden mit 24—48stündiger Schlaflosigkeit und Neigung zum Umherlaufen ein. Ein einmaliger langdauernder Schlaf brachte gewöhnlich völlige Klarheit und Ruhe. Mit dem Strafgesetz gerieth er bis zu dem in Folgendem geschilderten Vorfall nie in Konflikt.

Am 5. October 1882 begann der Bezeichnete, wie die bei seiner Mutter auf Schlafstelle befindliche unverehelichte Brzezinka gerichtlich bekundete, mehrmals heftig zu brechen, klagte über allgemeine Abgeschlagenheit, namentlich über Schwäche in den Füssen, ging aber trotzdem aus. Als die Brzezinka am 7. Oktober 1882 abends gegen $10^1/_2$ Uhr das von der Frau Pappritz und ihrem Sohne gemein-

schaftlich benutzte Zimmer passirte, um sich in ihr eigenes, an dasselbe stossende zu Bett zu begeben, sah sie den p. Pappritz auf dem Sopha sitzen. Um 11$^1/_2$ Uhr kam derselbe in das Zimmer der Brzezinka, was er sonst nie that, zog derselben, ohne ein Wort zu sagen, das Kissen unter dem Kopfe weg, hielt es unter dem einen Arme und blieb an dem Bette stehen. Erschreckt stand die Brzezinka auf, kleidete sich an und ging in das Zimmer der zwar zu Bett liegenden, aber noch wachen Mutter, welche sich ebenfalls ankleidete. Nach einiger Zeit kam der Pappritz ebenfalls wieder in das Zimmer zurück, setzte sich, wortlos vor sich hinstarrend, auf das Sopha, stand nach einer Weile auf, öffnete das Fenster und sah nach einem gerade vorüberfahrenden Güterzuge der Verbindungsbahn an welcher die Wohnung liegt. Hierauf lief er fortwährend im Zimmer auf und ab, heftete seinen Blick in eigenthümlicher Weise auf die Wände, trat auch einmal an die Mutter heran und verlangte Geld für Schnaps. Er schimpfte, als ihn dieselbe beschwichtigen wollte auf sie in den gemeinsten Ausdrücken, wie Hure, Lerge etc. Dies war der Brzezinka um so auffallender, als der Pappritz mit seiner Mutter sonst nie Streit gehabt hatte, sondern, selbst wenn er betrunken nach Hause kam, sich stets ruhig zu Bett legte. Auch zitterte er in jener Nacht im Gegensatz zu früher auffallend stark. Um 2$^1/_2$ Uhr nachts verlangte der Pappritz, welcher jetzt wieder ohne zu sprechen im Zimmer umherlief einen Hammer. Als ihn seine Mutter fragte, wozu er denselben brauche, sagte er, er müsse ihn halt haben und schickte sich auch sofort an hinter dem Ofen und auf dem Schranke herumzutasten. Hierauf verliess die Mutter durch die nach dem Entree führende Thür das Zimmer, um ein Schlafmädchen, welches in einem an das Entree anstossenden Gemache schlief, zu Hilfe herbeizuholen. Der p. Pappritz achtete darauf gar nicht, begann schliesslich in einem vor ihm auf der Erde stehenden Messerkörbchen herumzuwühlen, nahm aus demselcen erst ein breiteres Messer heraus vertauschte dasselbe dann mit einem spitzeren, hielt es eine Weile in der Hand, kam dann plötzlich, ohne das Schweigen zu unterbrechen auf die Brzezinka zu, welche gerade im Begriffe stand, das Zimmer zu verlassen und stach dieselbe zweimal heftig in den rechten Oberarm. Sie schrie um Hilfe und während die Frau Pappritz mit dem anderen Schlafstellenmädchen in das Zimmer trat, empfing die Brzezinska noch einen Stich in die Brust und einen in den linken Oberarm. Die Mutter des Thäters machte jetzt eine abwehrende Bewegung, der Angeschuldigte rief ihr zu: „Sie kommen auch noch daran“, schnitt sie in die vorgehaltene linke Hand und stach sie hierauf in die Brust. Dann stach er mit dem Rufe: „Wo ist denn die Lange,“ auf das langaufgeschossene andere Mädchen ein und verwundete sie dreimal und zwar an den rechten Oberarm, der linken Halsseite und der linken Schulter. Hierauf zogen sich die drei Frauen in die Stube des nicht mit Namen benannten Mädchens zurück und wurde es in dem Zimmer, in welchem Pappritz zurückblieb, kein grösseres Geräusch vernommen. Früh um halb 6 Uhr holte die Brze-

zinka ihren Geliebten, den Füsilier Häusler zu Hilfe. Dieser fand zunächst das Zimmer in welchem Pappritz vermuthet wurde, leer, bald aber hörte er denselben die Treppe heraufkommen und suchte ihn im Entree auf gütliche Weise festzuhalten. Der Pappritz zitterte am ganzen Körper, versuchte mit Häusler ein Gespräch anzuknüpfen, brachte aber nichts Zusammenhängendes hervor. Er sagte unter anderem: „Die Polizei wird gleich kommen". Als ihn der Häusler hierauf fragte, wie er es hätte wagen können, nach seiner Mutter zu stechen, erwiderte er: „Warum hat sie sich mir in den Weg gestellt. Ich musste nach der Polizei, die Polizei hatte mich gerufen." Hierauf schickte Häusler das eine Mädchen nach Schnaps, instruirte sie aber zugleich einen Schutzmann zu holen. Unterdessen animirte Häusler den Pappritz, ihm etwas aus der Zeitung vorzulesen und soll derselbe einiges ganz verständig gelesen haben. Von dem herbeigeholten Schnaps genass er einen kleinen Schluck, zitterte dabei aber so stark, dass er die Hälfte davon verschüttete. Er rief auch öfters seiner Mutter durch die Thür zu, sie solle ihm frische Wäsche herausgeben. Als gegen 8 Uhr ein Schutzmann herbeikam liess er sich ruhig binden und folgte demselben freiwillig nach dem Hospital. Auch der Schutzmann gibt an, dass der p. Pappritz unsinniges Zeug geschwatzt habe; weiss aber nichts Näheres mehr.

(Schluss folgt.)

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

☛ Alle Einsendungen für das Centralblatt werden ganz ergebenst unter der Adresse erbeten:

Redaction des Centralblattes für Nervenheilkunde etc.
Bendorf am Rhein.

Ein Referat über französische Neurologie ist zu vergeben. Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 15. August 1887. | Nro. 16.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung von P. J. Möbius.

II. Referate und Kritiken. **Jelgersma**: Morphologie und Morphogenese des Hirnstammes. **Saccozzi**: Der Nucleus dentatus des Kleinhirns. **Sörensen**: Ueber die Abhängigkeit des Geschlechts der Kinder von dem Verhältniss des Lebensalters der Eltern. **Schwarz**: Ein Fall von imitatorischer Chorea mit tödtlichem Ausgang. **Fiedler**: Zur Lehre von der Lähmung des nerv. oculomotor. **Remak**: Ueber einen Fall von abortiver Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. **Pontoppidan**: Darmsymptome bei Tabes. **Homén**: Cerebrale Störungen nach Typhoid. **Seppilli**: Muskelatrophie **Sebileau**: Die Traumen der Schulter und die Paralysen der oberen Extremität. **v. Hoesslin**: Ein Fall von myotonischer Bewegungsstörung. **Maere**: Hysterische Hüftgelenkscontractur. **Fiedler**: Ueber einen Fall von Lyssa bei einem 6 Jahre alten Knaben. **Singer**: Zur Pathologie der Erkrankung des Nervensystems nach Malaria. **Holst**: Kataleptische Todtenstarre. **Hirschsprung**: Purpura mit Abdominal-Symptomen. **Dreyer** und **Lange**: Purpura med Abdominaltilfälde. **Richter**: Bemerkungen über den Werth der Weir-Mitchell'schen Methode. **Schröder**: Die Mitchell-Playfair'sche Mastcur in den Irrenanstalten. **Pondoppidan**: Hysterie bei Männern. **Petraeus** und **Möller**: Morphinismus. **Tamburini**: Dreifacher Kindermord, begangen durch eine Melancholische. **Sighicelli**: Niedere Temperaturen bei Geisteskranken. **Schütz**: Beitrag zur Casuistik der Zwillingspsychosen (folie gémellaire) und des inducirten Irreseins (folie à deux). **Bericht** der Inspectoren des Holländischen Irrenwesens. **Leppmann**: Das Delirium potatorum abortivum. Gerichts-ärztliche Betrachtungen nebst Gutachten über einen Muttermörder.

III. Aus den Vereinen. Academie de médecine zu Paris.

I. Originalien.

Ueber mehrfache Hirnnervenlähmung.

Von P. J. MÖBIUS.

(Schluss.)

Das Gemeinsame der mitgetheilten Beobachtungen besteht darin, dass in allen Fällen mehrere Hirnnerven in langsamer Weise erkrankt waren, während anderweite wesentliche Symptome nicht bestanden. Eine Ausnahme macht der 4. Fall nur insofern, als in ihm schliesslich die Erscheinungen einer Läsion des Gehirns hinzutraten.

Die Frage nach dem *Orte* der Läsion kann bei der Mehrzahl dieser Beobachtungen leicht beantwortet werden. Für jeden Sachver-

ständigen ist es ohne Weiteres klar, dass es sich um Erkrankung der Hirnnerven an der Schädelbasis handelte. Im 4. Fall ist diese Diagnose durch die anatomische Untersuchung bestätigt worden.

Der Hauptsitz der Erkrankung war immer die mittlere Schädelgrube. Eine nachweisbare Betheiligung der vorderen Schädelgrube war in keinem Falle vorhanden. Dagegen griff der Krankheitsprocess wiederholt auf die hintere Schädelgrube über. Die hochliegende, glatte, relativ blutarme vordere Schädelgrube scheint für die in Frage kommenden Herderkrankungen einen weniger günstigen Boden zu bieten, während die buchtige mittlere Grube durch ihren Blutreichthum zur Erkrankung besonders disponirt zu sein scheint. Von den Nerven, welche durch die mittlere und die hintere Grube austreten, waren einige häufiger als die anderen betroffen. Der 3. Nerv war in allen Fällen, der 5. in 3, der 4., sowie der 6. in je 2 F. erkrankt. In der hinteren Grube war der 7. Nerv 2 mal, der 8. nur 1 mal und zwar ohne den 7. betroffen. Auf den 9. Nerven, sofern man diesem die Versorgung der hinteren Hälfte der Zunge, des Gaumens und Rachens mit Geschmacksfasern zuschreibt, deutete nie ein Symptom. Dagegen war 2 mal eine Gruppe von Erscheinungen (Lähmung, bez. Anästhesie des Gaumens, Rachens, Kehlkopfs) vorhanden, welche man wohl auf den 10. und den 11. Nerven beziehen muss. Der äussere Ast des 11. Nerven war allerdings immer frei. Mit dem 10. und 11. litt einmal gleichzeitg der 12. Nerv. Bei der noch bestehenden Unsicherheit darüber, welche Functionen den Bündeln des 9.—11. Nerven zuzuschreiben, bez. wie die in Frage kommenden Functionen auf die 3 Nerven zu vertheilen seien, ist es recht schwer, aus den Symptomen auf die genaueren anatomischen Veränderungen zu schliessen. Jene 3 Nerven durchsetzen gemeinsam die Dura, der 9. ist vom 10. gewöhnlich durch eine dünne Lamelle getrennt, der 11. benutzt bald eine besondere Lücke der Dura, bald die des 10., alle 3 treten durch das For. jugulare aus. Man sollte meinen, eine grobe Läsion müsste immer alle 3 Nerven treffen.

Auffallend ist, dass 2 mal (im 2. und 5. Fall) die Lähmung des Oculomotorius mit Lähmung der Bulbärnerven verbunden war.

In 4 Fällen waren nur Nerven Einer Seite, 3 mal nur die der linken Seite betroffen. Nur im 1. Falle wurde nach der linken auch die rechte Seite befallen. Dass eine einseitig beginnende Erkrankung meist einseitig bleibt, ist begreiflich, denn in der mittleren Schädelgrube, in welcher der Process einsetzt und von welcher aus er in der Regel erst später auf die hintere Grube übergreift, trennt die Sella turcica wie ein Gebirge beide Seiten. Die Bevorzugung der linken Seite (der 5. Fall kommt als traumatischer Natur hier nicht in Frage) lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass das Blut auf dem Wege vom Herzen zur linken Kopfhälfte weniger Widerstand findet, als auf dem Wege zur rechten Hälfte. Die bisher besprochenen anatomischen Verhältnisse erläutert das Schema.

I.		II.		III.		IV.		V.	
R.	L.	R.	L.	R.	L.	R.	L.	R.	L.
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
—	III	III	—	III	—	III	—	—	III
—	IV	IV	IV	IV	IV	IV	—	IV	IV
—	—	V	V	V	—	V	—	V	V
VI	—	VI	VI	VI	VI	VI	—	VI	VI
VII	—	VII	VII	VII	—	VII	VII	VII	VII
VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	VIII	—	VIII	VIII
IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX	IX
X	X	X	—	X	X	X	X	—	X
XI	XI	XI	—	XI	XI	XI	XI	—	XI
XII	XII	XII	—	XII	XII	XII	XII	XII	XII

Im 3. Falle kann die basale Natur der Lähmung nicht bewiesen werden. Hier handelte es sich um eine mit leichter Erkrankung des Trigeminus verbundene Facialislähmung und eine erst später auftretende Oculomotoriuslähmung. Möglich ist, es allerdings, dass die Nerven von getrennten Läsionen ausserhalb der Schädelhöhle getroffen wurden, aber wahrscheinlich scheint es mir nicht, da gerade die hier zu vermuthende Krankheit eine Vorliebe für die Schädelbasis hat.

Schwerer als die Frage nach dem Ort, ist die nach der *Art* der Läsion zu beantworten. Freilich der 5. Fall bietet auch in dieser Frage wenig Schwierigkeiten. In ihm kann es sich nur um eine Fractur der Schädelbasis gehandelt haben, um eine mechanische Läsion der Nerven, sei es um eine Zerreissung, sei es um Druck durch Bluterguss oder Narbengewebe. Das letztere ist nicht gerade wahrscheinlich. Wären die Nerven durch Extravasat gedrückt worden, so würden die Symptome nach Jahr und Tag nicht mehr bestehen. Wäre Narbengewebe die Schuld, so würden die Symptome nicht von Anfang an bestanden haben, was nach der Krankengeschichte anzunehmen ist.

In den 4 anderen Fällen bot sich dem Kliniker eine zweifellose Krankheitsursache nicht dar. An dreierlei war zu denken: an Lues, an Tuberculose, an anderweite Neubildungen. Am leichtesten war Tuberkulose auszuschliessen. Eine tuberkulöse Meningitis wird in der Regel sich nicht auf eine oder zwei Schädelgruben beschränken, wird früher oder später andere Symptome als Hirnnervenlähmung bewirken, wird rascher verlaufen als die Krankheit in den beschriebenen Fällen es that. Conglomerirte Tuberkel sind an der Hirnbasis selten, sitzen oberhalb der Dura, werden daher frühzeitig Hirnschenkelsymptome bewirken. Tuberkulose der Schädelknochen ruft gewöhnlich Eitersenkungen hervor u. s. w. Gegen alle tuberkulösen Processe sprechen das Fehlen anderweiter Tuberculose, des Fiebers und das reife Alter der

Kranken. Von den Tumoren der Schädelbasis kommen, wenn man die Hypophysengeschwülste wegen Fehlens der Opticussymptome ausschliessen kann und von Raritäten, Aneurysmen der Art. carotis int. u. s. w. absieht, besonders die Sarkome in Betracht. Wie schwer die Unterscheidung zwischen Lues und Sarkom sein kann, zeigt gerade unser 4. Fall. Während des grösseren Theiles der Krankheit unterschied sich dieser Fall in keiner Weise von den ersten 3 Fällen. Weder ophthalmoskopische, noch andere Veränderungen deuteten auf einen Tumor. Die zuerst geringen psychischen Störungen konnten diagnostisch nicht verwerthet werden. Allerdings traten später cerebrale Symptome hinzu, aber dieselben hätten sehr wohl durch Lues verursacht sein können. Mit vollem Rechte führte man desshalb im Krankenhause eine antisyphilitische Behandlung durch. Deren gänzliche Wirkungslosigkeit musste allerdings zur Vermuthung einer nichtluetischen Neubildung führen. Bemerkenswerth ist, dass bei der Section der wahrscheinlich von den weichen Theilen der Schädelbasis ausgehende Tumor eine Vorbuchtung gegen den Rachen bildete. In der Krankengeschichte ist nur eine vorübergehende „Angina" erwähnt. Vielleicht könnte in einem ähnlichen Fälle die sorgfältige Betastung der Rachenwand von Bedeutung werden.

Schwankt die Diagnose zwischen Tumor, bez. Sarkom und Lues so werden für die erstere Annahme das Vorhandensein von Schwellung der Papillen, das Fehlen aller Zeichen von Lues verwerthet werden können. Für Syphilis werden bei Hirnnervenlähmung zuerst Angaben über frühere Syphilis und Zeichen von Syphilis am Körper des Kr. sprechen. Aber einerseits beweist eine negative Anamnese, oder das Fehlen objectiver Zeichen nicht, dass keine Infection stattgefunden hat, andererseits kann auch bei einem Inficirten ein Sarkom oder eine andere Neubildung vorkommen. Der wichtigste Umstand ist wohl der, dass in der Mehrzahl der Fälle die mehrfache Hirnnervenlähmung syphilitischer Art ist. Desshalb wird man nicht sowohl Gründe für die Annahme der Lues suchen, als Lues annehmen, sobald nicht bestimmte Gründe dagegen sprechen. Deshalb wird man auch anscheinend geringfügigen Dingen, z. B. dem Vorkommen einer Fehlgeburt, der Anschwellung einiger Lymphdrüsen u. dgl., positive Bedeutung beilegen. In praxi dürfte es sich sogar empfehlen, in allen Fällen mehrfacher Hirnnervenlähmung die vorläufige Diagnose auf Lues zu stellen und die antisyphilitische Behandlung einzuleiten. Diese Behandlung ist nicht nur das Einzige, was dem Kr. helfen kann, sondern auch die Hauptstütze der Diagnose. Folgt der energischen Behandlung mit JKa und Hg eine deutliche Besserung, so kann man wohl seiner Sache sicher sein.

Welche die Art und Weise der syphilitischen Erkrankung ist, ist eine Frage von mehr theoretischem Interesse. Es kann sich um die syphilitische Pachymeningitis, die bekannte gummöse Schwiele der Hirnhäute handeln, oder um eine primäre syphilitische Infiltration der Nervenstämme. Kahler hat hervorgehoben, dass man die letztere diagnosticiren könne, wenn bei einem Inficirten sich langsam periphe-

rische Lähmung von Hirn- und Rückenmarksnerven entwickele. In der That scheint dieses Krankheitsbild für die „syphilitische Wurzelneuritis“ charakteristisch zu sein. Es gehört aber dazu, dass auch spinale Nerven ergriffen sind. Beschränkt sich die Krankheit auf die Hirnnerven, so könnte man nur daraus, dass die einzelnen Nerven nicht nach ihrer Gruppirung an der Schädelbasis, sondern in ungeordneter Folge ergriffen werden, einen Grund für die Annahme einer primären Nerven-Infiltration entnehmen. Diese allerdings nicht stark begründete Ueberlegung könnte man auf Fall II und III anwenden. Andererseits muss man bei dem Vorhandensein starker Kopfschmerzen an eine primäre Erkrankung der Dura denken, würde demnach die letztere in Fall II für den primären Sitz der Erkrankung halten. Beides, die Infiltration der Nerven und die der Meningen, kann vorhanden sein (wie in Buttersack's Beobachtung).

Primäre parenchymatöse Degeneration kann mehrere Hirnnerven bei Tabes oder progr. Paralyse treffen, aber eine Verwechselung dieser Fälle mit der syph. Neubildung wird kaum vorkommen.

Wenn nun auch die Erkenntniss der syphilitischen Art der Krankheit die *Prognose* der Erkrankung wesentlich verbessert, scheint es doch nicht gerathen, eine Heilung in Aussicht zu stellen. Zwar war ein günstiger Einfluss der antisyphil. Behandlung nicht zu verkennen, doch wurden die einmal vorhandenen Störungen nur zum Theil gebessert, manche blieben ganz unverändert, nur wenige verschwanden ganz, andererseits schien auch eine lange Behandlung nicht die Neigung des Processes zu Rückfällen zu beseitigen. Sowohl für die Wirksamkeit der Behandlung, als für die Hartnäckigkeit der Krankheit bietet der 1. Fall ein gutes Beispiel. Dass oft trotz zweckmässiger Behandlung eine Heilung ausbleibt, könnte auffallend erscheinen, denn auch dann, wenn die Continuität der Nervenfasern unterbrochen ist, müsste doch eine Regeneration nach Beseitigung der Neubildung an den basalen Nerven sogut wie an anderen peripherischen Nerven möglich sein. Wahrscheinlich kommt es in der Regel zur Bildung schwieliger Narben und damit zur Verhinderung der Nervenregeneration. Wie sich der Verlauf gestalten würde ohne alle Behandlung, ist schwer zu sagen, insbesondere wäre es wohl möglich, dass es nicht zu einem stetigen Fortschreiten käme, dass vielmehr ein Stillstand von selbst einträte und auch ohne Behandlung eine Heilung mit Defect zu Stande käme. Bemerkenswerth ist die ausserordentliche Langsamkeit des Verlaufes. Im 1. Fall waren 3 Jahre verflossen, ehe die Kr. in Behandlung kam, 3 Jahre dauert z. Z. die Behandlung. Vielleicht wäre bei den Kr. der Erfolg der Behandlung ein noch günstigerer gewesen, wenn die Behandlung energischer und vollständiger hätte ausgeführt werden können. Einer energischen Hg.-Behandlung stehen bei poliklinischen Patienten sehr grosse Schwierigkeiten entgegen. Im 2. Falle kam es trotz aller Vorsichtsmaassregeln zu einer sehr schweren Stomatitis. Eher könnte man grosse Jodkaliumgaben versuchen. Wir sind wohl in der Regel bei der Verabreichung dieses Mittels zu zaghaft. Aber freilich wird man mit Jodkalium allein nicht auskommen,

denn es scheint mir bemerkenswerth, dass gerade bei diesen tertiären Formen das Quecksilber viel energischer zu wirken schien, als das Jodkalium, ein Umstand, welcher besonders im 2. und 3. Falle deutlich war.

Gegen die Trigeminusschmerzen ist, bes. im 4. Falle, die Elektricität mit gutem Erfolge angewendet worden. Offenbar wurde vorübergehend die neuralgische Veränderung beseitigt, eine Wirkung, welche immer mehr als Kern der Elektrotherapie erscheint.

Schliesslich nur ein paar kurze Bemerkungen über die Erscheinungen von Seiten der einzelnen Nerven.

Das Bild der *Oculomotoriuslähmung* war in allen Fällen das typische. Die Ptosis war immer complet. Sie ist bei jugendlichen Personen nie so ausgeprägt wie bei Personen im mittleren und höheren Lebensalter, um welche es sich hier handelt. Andererseits sieht man bei älteren Leuten trotz vollständiger Oculomotoriuslähmung fast nie so starke Mydriasis wie bei Kindern mit Oculomotoriuslähmung. Während des Rückganges der Lähmung war mir auffallend, dass der kranke Rectus internus im 5. Falle beim Seitwärtssehen mehr leistete als beim Convergiren, während im 2. Falle der Muskel beim Seitwärtssehen und beim Convergiren, etwa gleich viel leistete. Immer ist die Drehung nach innen diejenige Bewegung, welche zuerst wiedergewonnen wird, sie ist zu einer Zeit in ziemlichem Maasse möglich, wann die Bewegung nach unten und besonders die nach oben nur eben angedeutet werden können.

Die *Trigeminusläsion* verband sich im 1. Falle mit Ophthalmie, deren Erscheinung die gewöhnliche war. Ueber die Beziehung der einen Erkrankung zur andern ist unsäglich viel geschrieben worden. Doch wissen wir bis jetzt nur, dass ein Zusammenhang derart besteht, dass die Quintusläsion Bedingung der Augenentzündung ist, dass es zu dieser nicht kommt ohne jene. Weiter zu gehen, auf das Vorhandensein „trophischer Fasern" zu schliessen, sind wir, glaube ich, in keiner Weise berechtigt. Auch die Vermuthung, man könne aus dem Vorhandensein der Ophthalmie auf eine Betheiligung des Ganglion Gasseri schliessen, ist wohl nur insofern berechtigt, als schwerere Erkrankungen aller Trigeminusfasern zumeist an der Basis vorkommen und dann eben auch das Gangl. Gasseri treffen. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist doch das Ganglion Gasseri den spinalen Ganglien analog: seine Zerstörung wird zwar die sensorischen Fasern nach aufwärts degeneriren lassen, wird sich aber nach abwärts nicht bemerklich machen.

Auffallend ist, dass weder im 1. noch im 4. Falle eine Störung des Geschmackes bestand. Alle Kranken sind so oft sorgfältig untersucht worden, dass eine solche Störung nicht gut übersehen worden sein kann. In der 4. Krankengeschichte wird eine geringe Störung der Beweglichkeit des Gaumens auf der kranken Seite erwähnt. Da in diesem Falle die Bulbärnerven nicht betheiligt waren, könnte man auf eine Theilnahme des Trigeminus an der Innervation des Gaumens schliessen, welche von manchen Autoren behauptet wird. Doch ist

jene Angabe der Krankengeschichte zu aphoristisch, als dass man Gewicht auf sie legen könnte. Sicher bestand im 1. Falle, in welchem doch der ganze linke Trigeminus gelitten hatte, zu keiner Zeit eine Motilitätsstörung am Gaumen. Dass der N. facialis etwas mit dem Gaumen zu thun hat, wird von Einigen bezweifelt. Gowers sagt, er suche seit 15 Jahren vergeblich nach Lähmung des Gaumens bei Erkrankungen des N. facialis. Auch ich habe deutliche Gaumenparese bei Facialislähmung noch nicht gesehen.

Weniger Beachtung als die von Läsion der oberen Hirnnerven abhängenden Symptome haben bisher die einseitigen Störungen im Gebiete der *Bulbärnerven* gefunden. Im 2. Falle bestanden Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes, Hemiatrophie der Zunge, im 5. war das Bild weniger vollständig, es handelte sich im Wesentlichen um Gaumen-, Rachen- und Stimmbandparese. Welche Nerven ausser dem Hypoglossus im 2. Falle gelitten haben, ist, wie ich oben schon erwähnte, nicht mit Bestimmtheit zu sagen. In der Hauptsache kann man die in Rede stehenden Erscheinungen wohl als Vagussymptome bezeichnen, in wieweit aber die beiden Nachbarn des Vagus betheiligt waren, sei dahingestellt.

Die Gaumenlähmung war in beiden Fällen übereinstimmend und sehr charkteristisch. Sie konnte bei ruhiger Athmung der Kr. leicht übersehen werden, die kranke Gaumenhälfte war etwas schlaffer als die gesunde, die Uvula war nicht gekrümmt, aber nach der gesunden Seite verzogen. Sobald die Kr. intonirten, wurde die Störung auffällig, der ganze Gaumen wurde nach der gesunden Seite verschoben, die gerade Uvula wich nach eben dieser Seite ab und neben ihrer Basis entstand ein Grübchen, während die kranke Seite wie glatt gestrichen war. Störungen der Sprache und des Schluckens fehlten.

Ueber einseitige Rachenlähmung hat Erben neuerdings 2 Beobachtungen aus Meynert's Klinik mitgetheilt. Bei seinen Kranken sah man während ruhigen Athmens, dass auf der Seite der Lähmung die hintere Rachenwand nach hinten und aussen ausgebuchtet war. Ebenso verhielt es sich in meinem 2. Falle. Dagegen fand ich im 5. Falle das Umgekehrte, die Rachenwand erschien auf der kranken Seite nach vorn gedrängt, die Rachenhöhle verengert. Beide Kr. habe ich lange Zeit beobachtet und habe immer dasselbe gesehen. Von vornherein könnte man zweifelhaft sein, welche Wirkung eine halbseitige Parese der Constrictores pharyngis auf die Lage der Rachenhöhlenschleimhaut habe. Man könnte sich ebensowohl denken, dass die Rachenhöhle erweitert werde, als dass ihre Wölbung durch den Zug der gesunden Muskelbündel abgeflacht werde. Nach meinen Beobachtungen hängt der Erfolg vielleicht von individuellen Verschiedenheiten ab. Erst weitere Erfahrungen werden ein sicheres Urtheil möglich machen.

Die einseitige Hypoglossuslähmung ist vor einigen Jahren von Erb eingehend beschrieben worden. Ich fand seine Angaben durchaus bestätigt. Auffallend war in meinem Falle das elektrische Verhalten der kranken Zungenhälfte. Eine Erklärung desselben weiss

ich nicht zu geben. Bekanntlich soll der Hypoglossus ausser den eigentlichen Zungenmuskeln noch eine Anzahl anderer Muskeln innerviren. Ueber Lähmung der letzteren bei Hypoglossusläsion ist bisher nichts angegeben worden. Auch ich habe ausser einer geringen Abflachung der kranken Seite zwischen Kinn und Zungenbein, welche wohl auf die Affection der Mm. genio- und hyoglossus zu beziehen ist, am Halse nichts Auffallendes gefunden. Wahrscheinlich erhält der Hypoglossus die meisten Fasern, welche zu den das Zungenbein herabziehenden Muskeln gehen, erst in seinem extracranialen Verlaufe. Eine einseitige Parese des Thyreohyoideus aber, der von den Wurzeln des Hypoglossus aus innervirt werden soll, wird sich kaum erkennen lassen.

II. Referate und Kritiken.

435) **G. Jelgersma** (Meerenberg): De Morphologie en Morphogenese van den Hersenstamm. (Morphologie und Morphogenese des Hirnstammes.) (N. Tydschrift voor Geneeskunde 1887. p. 505.)

Jelgersma macht in seiner Abhandlung den Versuch, an Stelle der Meynert'schen Hypothese eines dreigliedrigen Projectionssystems ein anderes morphologisches Schema des Hirnstammes zu setzen; er stützt sich dabei unter anderem auf zahlreiche eigene Befunde über einheitliche Pons, Medulla oblong. und Kleinhirn verflechtende Fasersysteme, von ihm als „intellectuelles“ System bezeichnet, die er an Idioten-Gehirnen constatirt. Einzelne dieser Fesstellungen sind auch in diesem Centralblatt mitgetheilt worden. (IX. Nr. 16., X. Nr. 8.) Wir müssen uns hier auf eine kurze Wiedergabe der Schlussfolgerung J.'s beschränken. Er nimmt in Medulla oblong. und Hirnstamm drei Systeme von Nervenelementen an.

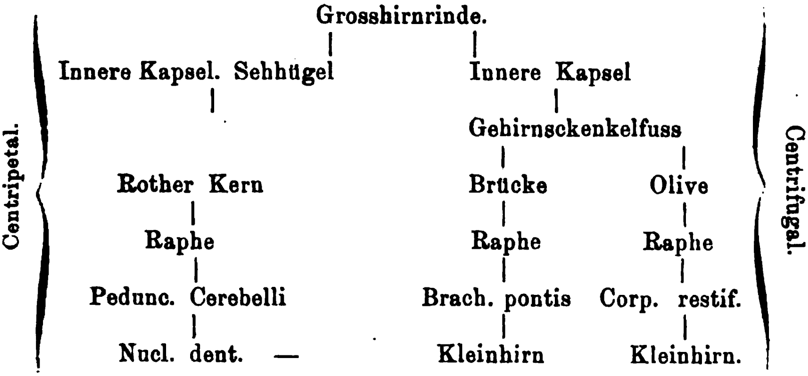
1. *Das intellectuelle System.* Leitungsbahnen und Zellenhaufen, die nach einer Rindenlaesion in toto degeneriren.

2. *Verbindungsbahnen* zwischen Intellectorium und „Reflexbogen“ (Centrifugaler Theil dieses Systems ist das Pyramidensystem, centripetaler die Schleifenformation). Die Degeneration dieses Systems macht nach dem Gesetze von Waller vor der ersten eingelagerten Station von Ganglienzellen Halt.

3. *Der Reflexbogen*, inclusive der ersten centralen Station des Hör- und Sehnervs, und der zahllosen Verbindungswege unter den primären Centren.

Die Embryologie zeigt in der sehr spät nach vollendeter Anlage des Hirnstammes auftretenden Anlage des Grosshirns schon diesen fundamentalen Gegensatz zwischen *Intellectorium* und *Reflexbogen*; allmählich wächst das Intellectorium in den Reflexbogen hinein und bedingt damit die Entstehung des Hirnstammes, während die Differenzirung der einzelnen Sinnesorgane am centralem Stück des Reflexbogens eine entsprechende morphologische Differenzirung desselben bedingt.

Die intellectuelle Bahn, deren systematischen Zusammenhang J. aus ihrer totalen typischen Degeneration an Idiotengehirnen herleitet, bildet einen geschlossenen, von der Hirnrinde zum Kleinhirn und von da wieder zur Rinde zurückführenden Kreis, den das folgende Schemadarstellt



Die Verbindungsbahn zwischen Intellectorium und Reflexbogen ist im Grosshirn durch Pyramiden- und Schleifensystem repräsentirt, im Kleinhirn durch die Kleinhirn-Seitenstrangbahn und die Verbindungen zwischen Kleinhirn und den primären Kernen des verlängerten Marks. Das Kleinhirn scheint nach dieser Verknüpfung dem Grosshirn als psychisches Organ coordinirt zu sein. Pathologisch hat diese Bahn als Ort der sogen. Systemkrankheiten (Tabes und Lateralsklerose) noch eine besondere Stellung. Kurella (Owinsk).

---

436) **A. Saccozzi** (Pavia): Sul nucleo dentato del cervelletto. (Der Nucleus dentatus des Kleinhirns.) (Riv. speriment. XIII. p. 92.)

Golgi'sche **Methode**. Der gezahnte Kern des Kleinhirns besitzt Zellen der beiden Golgi'schen Typen, d. h. solche, deren nervöser Fortsatz in seinem Verlauf zahlreiche laterale Fädchen abgiebt, aber schliesslich doch in den Axencylinder einer Markfaser übergeht, und solche, die ihren Fortsatz in schnellen, zahllosen Theilungen total im diffusen Fasernetz aufgehen lassen. Ein gewisser Theil der aus diesen Zellen stammenden Axencylinder lässt sich in die mittleren Theile der pedunculi cerebelli, von dort jedoch nicht mehr weiter verfolgen. Nach der Art der in dem N. d. auftretenden Zellen lässt sich derselbe als ein Organ gemischter Function, mit vorwiegend motorischen Leistungen auffassen. Die Untersuchungen wurden an neugeborenen Kätzchen gemacht. — Eine sehr gelungene Tafel veranschaulicht die Resultate. Kurella (Owinsk).

---

437) **Th. Sörensen** (Kristiania): Konnexen mellem Sexualforhold et hos Födte og Foraeldrenes indbyrdes Aldersforhold. — (Ueber die Abhängigkeit des Geschlechts der Kinder von dem Verhältniss des Lebensalters der Eltern.) (Hospitals-Tidende 1886. Nro. 36 und 37.)

In der gesammten Theorie der Heredität giebt es bekanntlich bis jetzt nur ein halbwegs sicher ermitteltes Gesetz, das Hofacker-

Ladler'sche, das dahin geht, dass mehr Knaben in der Ehe geboren werden, wenn der Mann älter als die Frau ist; bei Gleichaltrigkeit beider Eltern überwiegen die Mädchen, und das ist in noch stärkerem Maase der Fall, wenn die Frau älter ist, als der Mann. In allen civilisirten Ländern überwiegen nun bekanntlich, im Verhältniss von 107—104 : 100, die männlichen Geburten die weiblichen. Das obengenannte Gesetz stützt sich auf ein sehr kleines Material von nur ein paar tausend Fällen. Durch sehr sorgfältige Berechnungen an einem das gesammte Europa umfassenden Material kommt S. nun zu folgendem Resultat: Wenn in einem europäischen Lande der Knabenüberschuss erheblich grösser ist, als der Durchschnitt dieses Ueberschusses in allen untersuchten Ländern, so zeigt eine andere statistische Untersuchung, dass in diesem Lande der Altersüberschuss der Männer über die Frauen in der Ehe ebenfalls über dem europäischen Durchschnitt für dies Altersverhältniss steht. Es erscheint also durch diese umfassende und mühevolle Untersuchung das oben genannte Gesetz eine ähnliche Bestätigung zu finden, wie neuerdings durch Kisch (Centrbl. f. Gynaek. 1887 Nro. 4) durch die Analyse der Genealogie europäischer Fürstenhäuser. Kurella (Owinsk).

---

438) **Arthur Schwarz** (Budapest): Ein Fall von imitatorischer Chorea mit tödtlichem Ausgang. (Pester med.-chirurg. Presse 1887. 29.)

Während Verf. eine an gewöhnlicher Chorea erkrankte junge Dame erfolgreich behandelte, traten bei der Pflegerin derselben, der Mutter, ebenfalls choreatische Erscheinungen auf. „Das Krankheitsbild der Tochter schien sich an der Mutter wiederholen zu wollen.“ Die choreatischen Zuckungen waren am lebhaftesten im Gesicht, weniger heftig an den obern Extremitäten, aber auch die unteren waren nicht frei. Die Gemüthsstimmung war sehr gedrückt, aber nicht unmotivirt: Die Patientin, einst in glänzenden Verhältnissen lebend, hatte in kurzer Folge ihren Mann und ihr Vermögen verloren; auf den spärlichen Verdienst ihrer Hände Arbeit angewiesen, waren ihre Kinder ihre einzige Hoffnung, da starb ihre älteste Tochter an den Blattern. Trotz derselben Therapie, die bei der Tochter guten Erfolg gebracht hatte, nahmen bei der Mutter die Zuckungen von Tag zu Tag zu, und änderte allmählich ihren Charakter; statt *blitzartig* wurden sie *langgezogen*, beinahe *clonisch*. Besonders war das der Fall am rechten Mundwinkel. Herz in Ordnung. Zu diesen Erscheinungen gesellte sich „Vergesslichkeit“, ausserdem motorische Aphasie.

Zwei Monate nach dem Beginn der Erkrankung bestand folgendes Bild: Schädel nicht empfindlich. Der r. Facialis in den unteren Aesten auffallend paretisch. Rechte Pupille weiter. Der Druck der r. Hand schwächer. Sensibilität intact. Sehnenreflexe lebhafter, rechts stärker. Hautreflexe nicht gesteigert. Unwillkürliche Zuckungen nicht constatirbar. Sprechen langsam und mühsam; es vergehen Minuten, bis das gesuchte Wort gefunden wird. Schreiben unsicher, unleser-

lich; Buchstaben und Silben werden ausgelassen. — In den nächsten Monaten Verschlimmerung der Aphasie, und zwar sowohl der amnestischen wie motorischen. Verständniss für die Rede Anderer war erhalten. Schrift unleserlich. Lesen fast unmöglich. Geistig wird die Pat. immer stumpfer.

6 Monate nach dem Krankheitsanfang (20. März) kam die Pat. noch zum Verf. Sie war absolut unfähig zu sprechen, verstand ihn sehr schwer. Untere r. Facialisäste ganz gelähmt. Zunge wurde nur schwer herausgestreckt. Rechter Arm gelähmt, rechtes Bein wird nachgeschleppt.

Am 21. März Lähmung der rechten Körperhälfte complet ebenso die Zungenlähmung. Bewusstsein klar. T. 37,6.

Am 22. März soporös. Am 23. bewusstlos, Pupille erweitert und grösser. Beide träge reagirend. Der r. P. S R fehlte. T. 38. 2. P. 96. Am 24. ebenso. In der folgenden Nacht Tod. Keine Section.

Dass es sich um eine Herderkrankung im Gehirn handelte, ist ohne Weiteres klar. Aber der Versuch des Verf., die Entstehung dieser Herderkrankung auf centripetalem Wege zu erklären, derart, dass die imitatorischen choreatischen Bewegungen von der Peripherie aus in ihren Centren pathologische Veränderungen erzeugt hätten — das Gehirn sei durch die langandauernde Sorge und Kümmernisse dazu vorbereitet gewesen — erscheint doch mehr als gewagt.

Erlenmeyer.

---

439) **A. Fiedler** (Dresden): Zur Lehre von der Lähmung des nerv. oculomotor. (Jahresbericht d. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 1887.)

Verf. theilt zwei interessante Krankengeschichten mit.

1) G. B. 22 J. alt, aufgenommen den 6. Nov. 1884, nicht hereditär belastet, erkrankte plötzlich an heftigen Kopfschmerzen in der linken Stirnseite, mit intensivem Erbrechen. Beides liess bald nach und es soll eine geringe Lähmung des linken oberen Augenlides zurückgeblieben sein. Später noch einmal ein Anfall. Auf einer Reise traten dann die Erscheinungen mit solcher Heftigkeit auf, dass die Kranke vorübergehend bewusstlos war. Verf. fand das linke Augenlid vollkommen gelähmt, Pupille weit. starr; vollständige Akkomodationslähmung; auf Lichteindrücke reagirte die Iris nicht. Die Bewegung des linken Auges nach oben, innen und unten ist vollkommen aufgehoben, nach Aussen normal, bulbus etwas vorgetrieben. Am 15. November plötzlich wieder heftige Kopfschmerzen mit Erbrechen, welche Erscheinungen nach 3—4 Stunden wieder schwanden. Am 18. derselbe Zufall. Am 19. traten allgemeine tonische Krämpfe mit Bewusstlosigkeit hinzu, das Erbrechen wiederholte sich sehr oft. Exitus letalis am 20. November.

Section (Birsch-Hirschfeld) wies an der Basis des Hirns besonders links, einen flächenhaft ausgebreiteten Bluterguss, welcher von der linken fossa Sylvii bis zum Kleinhirn reicht, nach. Kirschkerngrosses Aneurysma der linken art. carot. inter. unmittelbar cen-

tralwärts von der Theilungsstelle in die art. foss Sylvii und den ram. commun. anter. gelegen. Die art. choroid. post. entspringt aus dem Aneurysmensack selbst. Ruptur in der Wand desselben. An der Aussenwand des Aneurysma liegt der Stamm des n. oculomotor. sin. zwischen Aneurysma und Schädelbasis. Derselbe ist durch das Aneurysma bandartig plattgedrückt, grau verfärbt, seine Nervenscheide mit Aneurysma verwachsen. Die plattgedrückte Stelle liegt unmittelbar vor dem Punkte, wo Nerv durch Dura mater tritt.

2) G. M. Feuermann, 28 J. alt, aufgenommen den 22. Juni 1886. Unterschenkel und Füsse etwas ödematös. Kein Fieber. Puls 104 aussetzend. Sensorium frei. Vergrösserte Herzdämpfung; Insufficienz der Aortenklappen. Ascites, Eiweiss im Urin. Am 24. Juni heftige Kopfschmerzen rechts und im Hinterkopfe, Erbrechen. Nach 1 Stunde Nachlass dieser Erscheinungen. Puls 80. Hinterher liess sich eine totale Lähmung sämmtlicher vom n. oculomotor. dext. versorgten Augenmuskeln nachweisen. Pupille mittelweit, starr. Am 25. Wiederholung der Kopfschmerzen und des Erbrechens, ebenso am 26. Rechte Pupille jetzt ad maximum erweitert. Sensorium frei. Auch am 27. und 28. dieselben Erscheinungen, gingen nur nicht so schnell vorüber. Auch trat jetzt geringe Ptosis des linken oberen Augenlides ein, unwillkürliche Stuhl- und Urinentleerungen. Am 29. vollständige Lähmung auch des linken n. oculomotor. Sensorium stark getrübt. Tod.

Section (Neelsen) zeigte zwischen Dura und den weichen Hirnhäuten, namentlich in der Basis des Gehirns, über dem Kleinhirn und an den Occipitallappen geronnenes, aber frisches Blutextravasat. An Stelle der Vierhügel findet sich ein über hasselnussgrosser, hämorrhagischer, graurother Erweichungsherd, welcher nach unten bis etwa 2 mm. unter das Niveau des Aquaeduct. Sylvii reicht, nach hinten auf den Boden des 4. Ventrikels bis etwa 3 mm. übergreift und nach vorn bis in die Nähe der weissen Commissur sich erstreckt. Nach Entfernung des Blutgerinsels von der Hirnbasis zeigen sich am vorderen Ende der art. basil. an der Abgangsstelle der beiden art. cerebral. post. zwei graurothe Knötchen dem rechten n. oculomtor. aufliegend. Lumen der Arterie ist durch älteres Gerinsel verstopft. Die Knötchen sind geronnene Blutmassen, welche zwischen tunica adventitia und media der art. basil. gelegen sind. Nerv. oculom. lässt keine Druckwirkung erkennen. Die drei Klappen der Aorta mit Gerinsel dicht besetzt, ebenso an der Aortenintima, beide Nieren vergrössert, graugelb.

Im *ersten* Falle war die vollständige und totale Lähmung des n. oculomotor. bedingt durch den Druck auf den Nervenstamm. Das plötzliche Entstehen der Krankheit wurde wahrscheinlich durch Berstung der Arterienintima und Bildung eines Aneurysma dissecans herbeigeführt. Die Kopfschmerzen werden durch partielle Reizung der Trigeminusfasern in der Dura erklärt, das Erbrechen war reflectorisch, der Exitus wurde herbeigeführt durch Ruptur des Aneurysma.

Im *zweiten* Falle war die Ursache der Lähmung zweifellos der embolische Erweichungsherd am Boden des 3. Ventrikels, der ziemlich genau das ganze *Nuclear*gebiet des n. oculom. einnahm. Durch die

Beobachtungen des Verf. wird die von Möbius aufgestellte Behauptung, dass eine Oculomotoriuslähmung, die mit Kopfschmerz und Erbrechen einsetzt, auf nucleare Läsion zurückzuführen sei, besonders wenn diese Krankheitserscheinungen nachlassen, sobald die Lähmung vollständig entwickelt ist, hinfällig. Beide Symptome kommen bei nuclearer, ebenso wie basilarer Lähmung vor. In Bezug auf den 2. Fall nimmt Verf. an, dass der Erweichungsherd zunächst den rechts von der Mittellinie am Boden des 3. Ventrikels gelegenen Kern, bez. die nach aussen und oben gelegenen Quintusfasern betroffen hatte. Die vom linken n. oculomotor. versorgten Muskeln des linken Auges waren anfangs intakt und gegen Ende des Lebens trat complete Oculomotoriuslähmung ein, und wie die Section zeigte, war der Erweichungsprocess auf den linken Kern übergegangen. Dieses Verhalten entspricht nicht der von Gudden'schen Behauptung der Kreuzung der Oculomotoriusfasern. Will man die Kreuzung annehmen, so muss man im vorliegenden Falle den Anfang der Erweichung in denjenigen Hirntheil verlegen, wo die Fasern an der Hirnbasis austreten, erst später ging dann der Process auf die Kernregion über.

In der Discussion betont Ganser die durch die Gudden'schen Experimente bewiesene Kreuzung der Oculomotoriusfasern, welche durch Mauthner's klinische Beobachtungen nicht zu erschüttern seien.

Goldstein (Aachen).

---

440) **E. Remak** (Berlin): Ueber einen Fall von abortiver Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. (Deutsch. med. Wochschr. 1887. Nro. 28.)

M. H., 13 Jahre alt, wurde am 10. Jan. d. J. der Poliklinik des Verf.'s überwiesen. Er litt seit dem 24. Dezbr. vor. J. an einer Bewegungsstörung beider Hände, welche plötzlich aufgetreten war. Es befanden sich die Basalphalangen in Hyperextensionsstellung, während die Endphalangen gebeugt waren. Die Finger waren in mittlerer Spreizstellung, die Interossei abgeflacht. Dieser Klauenstellung entsprach die Motilität. Daumen befand sich in Pseudoopposition. Beim Händedruck ging Hand stark in Dorsalflexionsstellung, Main de prédicateur (Charcot) Medianus und Ulnaris waren namentlich in ihrer Handverbreitung elektrisch schlecht erregbar. Ebenso war directe Erregbarkeit der Binnenmuskeln der Hand auf ein Minimum reducirt und für den galv. Strom an ihnen Entartungsreaction nachweisbar. Sensibilität war subjectiv und objectiv herabgesetzt. Es handelte sich also um eine degenerativ-atrophische Parese beider Hände im Gebiete des Medianus und Ulnaris. Ausserdem war noch eine Bewegungsstörung in den Beinen vorhanden; der Pat. ermüdete leicht und gab an, dass die Knie nach einiger Zeit steif würden. Objectiv bestand mässige motor. Schwäche und ausserordentliche Steigerung des Kniephänomens beiderseits, während Fussphaenomen nur angedeutet war. Bei Percussion bestand eine grosse Empfindlichkeit des 1., 2. und 3. Rückenwirbels. Die Therapie bestand in Verabreichung von Jodkalium und in galvan. Behandlung. Der Verlauf war sehr günstig, so dass nach

deren Muskeln nach einiger Zeit zu atrophiren anfangen und, gewöhnlich schlaff und welk, sich nur in sehr seltenen Fällen contrahirt erweisen. Auch Sensibilitätsstörungen fehlen nicht, dagegen bleiben die Sehnenreflexe und die electrische Reaction erhalten.

Diese Art von Lähmung, welche Charcot als psychische, als Vorstellungslähmung kennzeichnet, verschwindet oft rasch nach dem geringfügigsten Umstande z. B. nach einer leichten Emotion, während sie andere Male Monate und selbst Jahre lang jeder ärztlichen Behandlung hartnäckig trotzt.

Nach dem eben genannten Autor ist es weniger das Trauma, als der begleitende Shok, der Schreck, welcher das Gehirn influencirt, damit eine Art Insufficienz desselben zu Wege bringt und das Gefühl entstehen lässt, als wenn die lädirte Gliedmasse fehlte.

Pauli (Köln).

---

445) **v. Hoesslin** (München): Ein Fall von myotonischer Bewegungsstörung. (Münchener medic. Wochenschrift 1887. Nro. 32.)

Die interessante Mittheilung des Verf. verdient unverkürzt wiedergegeben zu werden.

„Ende November vorigen Jahres wurde ein 9jähriger Knabe von seinem Vater zu mir gebracht mit der Mittheilung, dass derselbe an eigenthümlichen Anfällen litt, welche in der Hauptsache darin bestunden, dass der Knabe, wenn er beim Gehen oder im Stehen erschrack, der Länge nach zu Boden fiel, und zwar meist gestreckt nach vorne, immer ohne Bewusstseinsstörung. Diese Anfälle wurden zuerst vor 1½ Jahr bemerkt, nachdem Patient kurz hintereinander Masern und Keuchhusten durchgemacht hatte, und haben sich seitdem täglich einmal oder mehrmals wiederholt.

Bei seiner Geburt hatte der Knabe durch eine Zangenoperation, welche der Mutter das Leben kostete, eine schwere Verletztung am Scheitelbein erlitten, woselbst jetzt noch eine tiefe Knochendepression nachweisbar ist; das andere Zangenblatt hinterliess eine bedeutende Wunde im Nacken, wo ebenfalls jetzt noch eine breite und lange Narbe zu bemerken ist.

Die Entwickelung des Knaben war eine langsame, er lernte später gehen und rutschen als die gleichaltrigen Kinder und frühzeitig entwickelte sich bei dem schwächlichen Knaben eine hochgradige Skoliose mit Rippenbuckel, welche ebenso wie eine sehr lästige Enuresis nocturna bis in die jüngste Zeit auch der sorgfältigsten Behandlung sich unzugänglich erwies.

Nach der Erzählung des Vaters und bei oberflächlicher Beobachtung der Anfälle vermuthete ich zuerst, dass es sich um einen Symptomencomplex, ähnlich dem der Thomsen'schen Krankheit handle, da eine der hervorspringendsten Eigenthümlichkeiten derselben, das plötzliche Hinstürzen in Folge von plötzlich auftretenden Muskelcontrac-

tionen, bei dem Knaben offenbar auch vorhanden war. Bei der eingehenderen Prüfung ergab sich jedoch, dass die Aehnlichkeit nur eine scheinbare war.

Vor allem fehlten die Muskelcontractionen im Beginne intendirter Bewegungen nach längerer Ruhe; der Kranke konnte jede Bewegung, welche von ihm verlangt wurde, sofort ausführen, ohne je durch Muskelcontractionen gehemmt zu sein. Das Volumen der Muskeln war nicht, wie in vielen Fällen der Thomsen'schen Krankheit vermehrt, sondern dem übrigen gracilen Bau (der Knabe wog nur 23 Kilo) entsprechend. Die mechanische Erregbarkeit der Nerven war ebensowenig erhöht, wie diejenige der Muskeln. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven bot nichts von dem, was Erb die myotonische Reaction nennt, keine Nachdauer der Zuckungen, keine oscillirenden Muskelcontractionen, keine Herabsetzung und keine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit. Die sämmtlichen Werthe, welche ich an den untersuchten Nerven und Muskeln fand, wichen nicht von der Norm ab.

Ich gebe hier einige Zahlen, welche Herr Privatdocent Dr. Stintzing die Freundlichkeit hatte, festzustellen.

N. cruralis	Far.E.	120 mm	R.A.	KSZ.	1,5	ASZ.	2,3	AOZ.	3,7
N. peronaeus	„	125	„	„	0,9	„	3,0	„	2,6
N. ulnaris	„	135	„	„	0,8	„	—	„	—
M. quadriceps	„	113	„	„	2,0	„	5,0	„	—
M. tib. anticus	„	111	„	„	1.4	„	3,5	„	3,8
M. ulnar intern	„	128	„	„	1,9	„	—	„	—

Die Anfälle selbst konnte ich im Verlauf des hiesigen Aufenthaltes wiederholt beobachten und controlliren. Um den Anfall hervorzubringen, bedurfte es nur eines unvermutheten Anrufes des Knaben; ebenso stürzte derselbe zu Boden, wenn ein Hund bellte, wenn ein Vogel vor ihm auflog, ferner wenn er auf schlechten Wegen mit dem Fuss gegen einen Stein stiess, mit einem Wort, bei jedem plötzlichen Sinneseindruck, auf welchen der Knabe nicht vorbereitet war. Wollte man den Anfall absichtlich hervorrufen, so war dies meist nur einmal möglich, weil der Kranke dann auf der Hut war und nicht mehr erschrack. War Gelegenheit da, sich anzuhalten, so fasste der Knabe im Beginn des Anfalls mit den Händen zu und konnte sich stehend erhalten, war aber, so lange der Anfall anhielt, nicht im Stande, die unteren Extremitäten zu bewegen. Sowie die Muskelcontracturen nachliessen, also meist nach 15—20 Sekunden, war der Knabe so beweglich wie vorher. Im Sitzen und in liegender Stellung trat nie ein Anfall auf.

Mehrmals gelang es mir, den Anfall durch Anschreien des Knaben auszulösen, während derselbe ganz entkleidet in meinem Zimmer stand, so dass ich den Mechanismus des Fallens sehr schön beobachten konnte. Im Augenblick des Erschreckens verbreitete sich eine Contraction der Musculatur über den ganzen Rumpf und die unteren Extremitäten und zwar sowohl auf der Streck- als Beugeseite der letzteren. Die ganze

befallene Musculatur, besonders am Oberschenkel und an der Wade war bretthart anzufühlen, ohne klonische Zuckungen. Durch die Muskelcontraction wurde die Ferse vom Boden gehoben, der Schwerpunkt des Körpers wurde hierdurch verändert und da der Kranke nicht im Stande war, das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen, so musste er zu Boden fallen. Die Arme wurden nie von den Contractionen ergriffen und in Folge dessen beim Fallen vorgestreckt, um das Gesicht zu schützen, was aber nicht immer gelang. Wenige Momente, nachdem der Kranke hingestürzt war, trat eine Lösung der Contractionen ein und die frühere Beweglichkeit war wieder hergestellt.

Der Schreck kann bei jedem Menschen bewirken, dass eine grössere Menge von Muskeln reflectorisch contrahirt werden; es entsteht hiedurch diejenige Bewegung, welche wir mit „Zusammenfahren" bezeichnen. Sehr schön ist diese Wirkung des Schrecks auf die Musculatur auch bei Pferden zu sehen, welche durch einen Gertenhieb oder beim Ausgleiten erschrecken. Solche Muskelcontractionen dauern meist nur einen Moment an und wir sind in der Lage, diese unwillkürlichen Reflexbewegungen zu hemmen und durch ebenfalls reflectorisch ausgeführte Bewegungen das Gleichgewicht zu erhalten. Dauert aber eine solche Reflexcontraction eines grösseren Muskelgebietes längere Zeit an, so werden nothwendig Bewegungsstörungen eintreten, wie wir sie in unserem Falle vor Augen haben. Ich glaube also, dass die Anfälle auf einer krankhaften Steigerung eines physiologischen Vorgangs beruhen.

Es muss sich offenbar um eine erhöhte Irritabilität bestimmter reflectiver Centren handeln, es müssen, wie dies Nothnagel für die Epilepsie anführt, diese Reflexcentren von Aussen kommende Reize viel leichter als normaler Weise beantworten und zugleich mit Bewegungsäusserungen, deren Intensität weit über das normale Maass hinausgeht, die aber ihrem Wesen nach nicht von den normalen hier entstandenen Reflexbewegungen abweichen.

Unverricht macht neuerdings auf Grund seiner Experimente an Thieren auf die Bedeutung der Hirnrindencentren für das Zustandekommen der epileptischen Insulte aufmerksam und es ist wahrscheinlich, dass die in unserem Falle beobachteten Krämpfe ohne Bewusstseinsstörung ebenfalls von der Hirnrinde ausgehen. Da das von Hitzig bestimmte motorische Centrum für die unteren Extremitäten ungefähr der Stelle entspricht, an welcher der Knabe die von der Geburt her bestehende Depression des Scheitelbeins aufweist, so wäre wohl daran zu denken, dass von hier aus der Reiz dieses motorischen Centrums ausgeht. Da jedoch diese Annahme zu weit ins Gebiet der Hypothese geht, um hier weiter verfolgt zu werden, so muss es unentschieden bleiben, wodurch die besprochene Steigerung des Reflexvorganges bedingt ist. Immerhin aber muss an einen Zusammenhang der Anfälle mit der Schädeldepression gedacht werden und beim Fehlen anderer Anhaltspunkte für die Behandlung der Kranken würde eine Trepanation mit Hebung des Knochens immer zu versuchen sein.

Die hier mehrere Wochen lang durchgeführte hydropathische Behandlung war von sehr günstigem Einfluss auf das Allgemeinbefinden und das Aussehen des Kranken, war aber nicht im Stande, im Wesen der Anfälle eine Aenderung herbeizuführen."

---

446) **J. Maere** (Gent): Contracture hysterique simulant une luxation de la hanche. (Hysterische Hüftgelenkscontractur.) (Annales de la Société de Méd. de Gand. 1887. p. 34.)

16jähriges Waisenmädchen zeigt nach einem Fall von der Treppe alle Symptome einer linksseitigen Hüftsgelenkscontractur. In der Chloroformnarcose vollkommen normale Verhältnisse, die auch nach dem Erwachen bestehen blieben. Sieben Tage später Auftreten derselben Symptome; Narcose mit demselben Erfolg wie beim ersten Mal; 14 Tage später ein neuer Rückfall. Diesmal blieb die Contractur nach dem Erwachen aus der Narcose bestehen, alle Antispasmodica waren dagegen erfolglos. Es trat rechtsseitige Hyperästhesie, l. Anästhesie, Hyperhidrose r. auf; eines Morgens fanden sich auch beide Arme starr. Der Zustand dauerte drei Wochen, trotzte jeder Medication und wich auf einen Schlag einem normalen Verhalten, als die Kranke mit Entlassung aus dem Waisenhause bedroht wurde.

Kurella (Owinsk).

---

447) **A. Fiedler** (Dresden): Ueber einen Fall von Lyssa bei einem 6 Jahre alten Knaben. (Jahresbericht d. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 1887.)

Der 6 Jahre alte Knabe B. wurde am 21. September 1886 von einem Hunde in den Unterarm gebissen. Der Arzt äzte alle Verletzungen mit Kal. caust. in Substanz und goss ausserdem noch 10% Chlorzinklösung darüber. Anderen Tags wird die Aetzung wiederholt und mit Carbol verbunden. Am 14. October waren die Wunden vollkommen verheilt. Am 19. November zeigte Pat. auf einmal auffallende Aengstlichkeit, schrie zeitweilig auf, vermochte nicht mehr zu schlingen. Vom Verf. am 20. Nov. untersucht, fiel zunächst die grosse Unruhe, von der das Kind gequält wurde, auf. T. 38. Puls 120. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiss. Lippen trocken, Zunge klebrig. Beim Darreichen von Milch, Wasser oder Wein gerieth das Kind in die grösste Aufregung. Sehr empfindlich war Pat. gegen Luftzug und leichte Hautreize. Kein Tetanus, kein Trismus, keine Schlundkrämpfe. In der Nacht vom 20.—21. Nov. kein Schlaf, grosse Aufregung. Auch am folgenden Tage gelang es nicht, den Knaben in's Bett zu bringen. Gegen Mitternacht Symptome hochgradiger Schwäche und Entkräftung. Am 22. früh 6h: Tod. Die *Section* zeigte als einzigen positiven Befund (Neelsen): Blutüberfüllung des gesammten Gehirns, mässige Schwellung der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfeinganges. Incubation im vorliegenden Falle dauerte 64 Tage. Auf-

fallend war das Fehlen des Stadium prodromorum melancholicum. Auch kam es nicht zum Stad. paralyticum. Verf. ist der Ansicht, dass bei der Lyssa eine sehr gesteigerte cutane Hyperaesthesie besteht, die verschiedene Reflexerscheinungen im Gefolge hat. Der Krankheitsprocess scheint sich in der medulla oblongata bez. im Halsmark abzuspielen. Goldstein (Aachen).

---

448) **J. Singer** (Prag): Zur Pathologie der Erkrankung des Nervensystems nach Malaria. (Prag. med. Wochenschrift 1887 Nro. 18.)

N. 26 Jahre alt, ist seit 4 Jahren in einem Handlungshause in Singapore, einem der gesundesten Plätze des Ostens, angestellt. Erst in letzter Zeit sind dort Malariaerkrankungen häufiger vorgekommen. Im Nov. 1886 starker Fieberanfall; es wurde Malaria constatirt, welche trotz Chiningebrauch 8 Tage anhielt, worauf Pat. an die Westküste von Malacca nach Pinang reiste, wo sich das Fieber innerhalb 14 Tagen ohne jede Medication verlor. Im Begriffe nach S. zurückzukehren bemerkte Pat. Ameisenlaufen und Prickeln in den Zehen, wachsende Schwere der Unterextremitäten, Verschlimmerung in den nächsten Tagen in Singapore. Ameisenlaufen auch in den Fingern, Schwäche in den Oberextremitäten, in der Zunge und im Gesicht, Paraplegie der unteren Extremitäten, beiderseitige complete Facialisparalyse. Keine Sprachstörung. Geringe Schluckbeschwerden. Auf der See trat dann bald Besserung ein, so dass Pat. bei seiner Ankunft in Alexandrien wieder ohne Unterstützung gehen konnte. In Heluan 8 Schwefelbäder, daneben Jodeisen. Rechtsseitige Facialisparalyse ging bis auf geringen Rest zurück. Von dort nach Prag, wo Verf. Pat. am 9. Febr. 1887 untersuchte: Gemüthsstimmung deprimirt. Rechtes Auge kann nicht vollständig geschlossen werden. Links complete Facialisparalyse. Schwäche der rechtsseitigen Gesichtsmuskulatur. Lymphdrüsen des linken Unterkieferwinkels etwas geschwollen und empfindlich. Linke Oberextremität bedeutend magerer als die rechte. Sensibilität überall normal. Leichte Schwäche beim Beugen des Kniegelenkes und in Folge dessen im Gehen. Patellarreflexe fehlen. Normale Reaction der Oberextremitätenmuskeln, Herabsetzung der Erregbarkeit für den galvan. und farad. Strom am rechten Facialis, Fehlen der letzteren am linken Facialis und der linken Facialismuskulatur. Entartungsreaction bei directer Reizung der linken Gesichtsmuskeln.

Behandlung: Stabile Kathodenapplication an den Facialisaustritt und an die einzelnen gelähmten Muskeln, Faradisirung der linken Oberextremität. Nach Verlauf von einem Monate bedeutende Besserung.

In Hinsicht auf die differentielle Diagnose der Folgekrankheit der Malaria kommen hier Poliomyelitis anterior und Polyneuritis acuta in Betracht. Verf entschliesst sich für Polyneuritis acuta unter Berücksichtigung der sensiblen Einleitungssymptome und der schrittweisen Heilung der Facialisparalyse, welche bei Kernlähmung annähernd in allen Theilen gleichzeitig eingetreten wäre. Mit Sicherheit für einen

peripheren Character der Läsion spricht das Fehlen der Gaumenlähmung. Beriberi ist wohl der Seltenheit des Vorkommens in Singapore wegen und auch wegen des gänzlich verschieden gearteten Einsetzens auszuschliessen. Goldstein (Aachen).

---

449) **E. Holst** (Kingkjöbing): Kataleptisk Döds stivhed. (Kataleptische Todtenstarre.) (Hospitals-Tidende 1887. Nro. 27.)

Ein Schütze wird dadurch gedödtet, dass die Schwanzschraube seines Gewehrs ihm nach rückwärts in den Schädel fliegt; bei der Leichenschau hielt die Hand des Todten noch den Gewehr-Kolben fest umschlossen. — Ein Potator wird todt, in voller Leichenstarre, etwas vornübergebeugt in einer Mergelgrube unter Wasser stehend gefunden. Ein altes Weib gleichfalls Selbstmörderin und dem Trunk ergeben, wird unter Wasser in einer Grube stehend gefunden, den Kopf an die Seitenwand der Grube geneigt. Ein neunjähriges Kind wird aufrecht stehend in einem Mühlteich ertrunken gefunden. H. meint, dass diese Beobachtungen doch eine Revision der Lehre von der Todtenstarre, besonders für die gerichtliche Medicin, wünschenswerth machen.

Kurella (Owinsk).

---

450) **Hirschsprung:** Purpura med Underlivssymptomer. (Purpura mit Abdominal-Symptomen.) (Hospitals-Tidende 1886 Nro. 29.)

451) **Dreyer** und **Lange**: Purpura med Abdominaltilfälde. (Hospitals-Tidende 1886 Nro. 31.)

H. sah in zwei Fällen bei halberwachsenen Knaben Purpura mit heftigem galligem Erbrechen, starken Kolikschmerzen, blutigem Stuhl auftreten; auch nach Aufhören der häufigen Recidive in den Darmerscheinungen kam es in dem einen Fall zu länger dauerndem Auftreten von Petechien, in dem andern Falle zu einem Wechsel zwischen Petechien und Urticaria - Anfällen.

D. theilt einen ähnlichen Fall bei einem 16 jährigen Mädchen mit, wo ausserdem weiche schmerzhafte Oedeme an den Schläfen auftraten. Lange berichtet zwei weitere interressante Fälle acuter Hautaffectionen vasomotorischen Ursprungs, vergleicht sie mit den Fällen von D. und H., sowie mit den von Quinke und Strübing beschriebenen Fällen acuter angioneurotischer Hautoedeme und sieht alle diese Fälle als Theilerscheinungen einer und derselben vasomotorischen Neurose an, die in ihren wechselnden Symptomen folgende Reihe von Krankheitsbildern geben kann:

Purpura.
Purpura + Kolik.
Purpura + Oedem.
Purpura + Kolik + Oedem.
Kolik + Oedem.
Oedem.
Kolik.

Eine andere ähnliche Reihe können sich ergeben, wenn, wie in seinen Beobachtungen, an die Stelle der Purpura eine Urticaria oder ein anderes vasomotorisches Exanthem träte. Kurella (Owinsk).

---

452) **Richter** (Sonneberg): Bemerkungen über den Werth der Weir-Mitchell'schen Methode. (Corr.-Bl. des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1886. 12.)

453) **Schröder** (Greifswald): Die Mitchell-Playfair'sche Mastcur in den Irrenanstalten. (Greifswald 1887. Dissertation?)

Ueberernährung, Isolirung, Bettruhe, Massage und Electricität zu einem Heil-System zusammengeschweisst, in welches der Kranke rücksichtslos hineingepresst werden muss — das ist die Mitchell-Playfair'sche Mastcur, während bisher der oberste Grundsatz der Therapie lautete: Nicht die Krankheit, sondern der Kranke muss behandelt werden und die Curmethode hat sich dem Kranken anzupassen, nicht diese jenem.

Richter giebt keine Katheterweisheit, sondern eine vorurtheilslose, nüchterne Kritik dieses Heilverfahrens, über das er praktische Erfahrung gesammelt hat. Er weist hin auf das Unnöthige der *Ueber*ernährung, der Isolirung und die Widersprüche zwischen Bettruhe und Massage oder Electricität, das durchaus Unzweckmässige des beständigen Zimmeraufenthaltes, die zur Cur nothwendigen langen Zeiträume, die Gefahren der Rückfälle und dergl. Mit vollem Rechte betont er, dass Hysterische — und diese Kranken sind in erster Linie als Mastopfer ausersehen — mindestens in der gleichen Zeit in einer gut geleiteten Anstalt gebessert oder hergestellt werden ohne diese Mastcur ertragen zu müssen. So viel steht fest: für die gewöhnlichen Fälle von Nervenkrankheiten ist die Mastcur überflüssig, für die schweren ist sie eine kaum zu verantwortende Belästigung.

Schröder will die Mitchell-Playfair'sche Cur auch in den Irrenanstalten eingeführt wissen und bringt drei Krankengeschichten als Belege für seine Empfehlung. Sonderbarerweise ist aber bei keinem dieser 3 Patienten die Playfair'sche Cur angewendet worden; sie haben nur eine Diätzulage erhalten, während keiner im Bett lag, keiner electrisirt, keiner massirt wurde. Wenn Verf. das für die Playfair'sche Cur ansieht, dann darf er versichert sein, dass sie schon seit vielen Decennien in den besseren Irrenanstalten eingeführt ist. Der Irrthum, eine einfache Steigerung der Ernährung für die Playfair'sche Cur zu halten, ist auch schon Anderen passirt; das kann dem Verf. als Trost, aber nicht als Entschuldigung dienen. Erlenmeyer.

---

454) **K. Pontoppidan** (Kopenhagen): Hysteri hos Maend. (Hysterie bei Männern). — (Hospitals-Tidende 1886. p. 81.)

Eine an das hysterische grenzende Sensibilität und eine fast pathologische Weiblichkeit der constitionellen Sphäre findet sich oft

genug bei Männern; dagegen scheint bei der eigentlichen männlichen Hysterie eine besondere Schwere der Erscheinungen, denen das flüchtige, wechselnde der weiblichen Hysterie fehlt, häufig vorzukommen. P. hat in drei Jahren neun solcher Fälle beobachtet.

1) 25 jähriger Handwerksbursche geräth durch eine harmlose Neckerei in heftigsten Affect, die Polizei bringt ihn deshalb ins Hospital; typischer Anfall hysterischer Jactation, dem ein Zustand von Verzweiflung mit theatralischen Gesten folgt, Patient will seinen Jammer an der Brust des Arztes ausweinen. Nach zwei Tagen normaler Zustand. Mutter geisteskrank.

2) Siebzehnjähriger Commis, Sohn einer schwer hysterischen Mutter, geräth plötzlich in einen Zustand von Verwirrung, motorischer Unruhe und schliesslich von Sprachlosigkeit, der nur 14 Tage anhielt und in normales Verhalten überging; während dieser Zeit lag der Patient schreiend, spuckend, jede Berührung heftig abwehrend sprachlos im Bett, reagirte heftig auf Druck in der „Ovarialregion", wobei es sich um eine cutane Hyperästhesie handelte.

3) 22 jähriger Cigarrenmacher, heftiger Masturbant! 35 Tage anhaltende hysterische, transitorische Psychose, anfangs nur nächtliche Angstanfälle, Schreien und verwirrtes Schwatzen, ohne Erinnerung daran am andern Tage; Allmählich auch am Tage auftretende Hallucinationen und sich daran knüpfende hypochondrisch-melancholische Wahnideen; schneller Wechsel des Zustandes, Andeutung von doppeltem Bewusstsein.

4.) (Original Fall 5.) Hysterisch-epileptische Krämpfe bei einem 18 jährigen Arbeiter, charakterisirt durch Bewusstseins-Verlust, Gewaltsamkeit der Zuckungen, grosse Bewegungen, Delirien nach dem Anfall, enorme Häufigkeit der Anfälle. Weiblicher Habitus, süssliches Wesen, Neigung zu Thränenausbrüchen in den Intervallen.

5) (Orig. F. 6.) Barbiergesell von 19 Jahren verfällt nach jedem heftigen Affect, besonders nach Streitigkeiten mit seiner Schwiegermutter, in heftiges Zittern, das sich allmählig in Krämpfe transformirt. Intelligenz und Gedächtniss intact.

6) Orig. F. 7.) Handwerker, 46 Jahre alt, periodisch auftretende heftige Kardialgie und Erbrechen, das nach Wassereinspritzungen ebenso schnell vergeht, wie nach Morphium.

7) (Orig. F. 9.) Tischlergesell, 36 Jahr alt. Mutter hysterisch; P. leidet seit dem 7. Jahr an Krämpfen. Paraplegie der unteren Extremitäten, Sensibilität intact. 5. 7. Dorsalwirbel schmerzhaft; die Lähmung der Beine entstand plötzlich nach einer Meinungsverschiedenheit mit der Frau. Sehr erhebliche Schwankungen der Beweglichkeit während des ein Vierteljahr dauernden Hospitalaufenhalts; geheilt entlassen; kam acht Tage darauf mit noch schlimmerer Paraplegie und gleichzeitig Hyperästhesie der Unter-Extremitäten wieder ins Hospital. Cauterisation der Wirbelsäule stellte die normale Function bis zum Abend wieder her. Kurella (Owinsk).

455) Petraeus: Et Tilfälde af Kronisk Morfinisme. (Ein Fall von Morphinismus.)

456) Möller: dito. (Hospitals-Tidende Nro. 48 u. 51, 1886.)

Ein lehrreicher Beitrag zu der, ja leider oft genug entwickelten, mehr dramatischen Seite des Morphinismus. Frau Pastor N. macht seit 10 Jahren Morphiuminjectionen; zuletzt verbraucht sie wöchentlich 10 Gramm. Dr. Möller bringt, heimlich, im Einvernehmen mit dem Apotheker von November 1885 bis Ende April 1886 die Lösung, die alle Woche verschrieben wird, von 20% auf 1% Morphiumgehalt und verweigert dann weitere Recepte, worauf die Patientin nach einigem Protest auch eingeht. Der Fall wird nicht publicirt. Ende Dezember erscheint nun in der Hosp.-Tid. vom Arzte einer Nachbarstadt ein Artikel über einen Fall von Morphinismus, wieder Frau Pastor N., der Anfang Mai 1886 in die Behandlung des Dr. P. kam, und successive von 1 Gramm Morphium pro die auf 6 Centigramm heruntergewöhnt wurde. Nach Ablauf dieser acht Wochen Aufnahme in das Krankenhaus. Totale Entziehung des Morphiums. Auftreten der gewöhnlichen Abstinenzerscheinungen. Viermal innerhalb einer Woche wurde 1—1½ Centigramm Morphium subcutan gegeben. Nach drei Wochen wird Pat. in bestem Befinden entlassen. — Der diese Cur leitende Arzt fügt seinem Bericht einige sehr schöne Worte über die Bedeutung der psychischen Therapie und des moralischen Einflusses hinzu.

Diese erbaulichen Worte verlieren freilich etwas an Wirkung, wenn man zwei Nummern später liest, dass Dr. M. genau in derselben Woche seine Entwöhnungscur abschloss, in der Dr. P. mit einem Gramm pro die, seine Cur begann. Kurella (Owinsk).

---

457) A. Tamburini: Assassinio di tre figlie commesso da donna lipemania. (Dreifacher Kindermord, begangen durch eine Melancholische).
(Rivista speriment. XII. fasc. 4. p. 262.)

Eine 33 jährige Bauerfrau stürzt ihre drei kleinen Kinder und hinter her sich selbst in ein tiefes Brunnenbassin, nachdem sie schon seit Monaten die Absicht, sich und ihre Kinder zu tödten, geäussert hatte, getrieben von der Vorstellung, dass sie nicht mehr ihr Brod verdienen könne, dass die Kinder betteln müssten, dass sie zu nichts mehr tauge, nicht mehr beten könne, dem Teufel verfallen sei; zu wiederholten Malen hatte sie mit nekromantischen Proceduren Teufel zu citiren versucht. — Die Mutter wurde noch gerettet, die Kinder waren todt; in der Irrenanstalt ist die Kranke seit der Aufnahme, bei vollem Bewusstsein ihrer That und intacter Apperception, in einem stabilen Zustande der Affectlosigkeit, Apathie und Starrheit. — Das Gutachten T.'s, woraufhin die gerichtliche Verfolgung aufgehoben wurde, wird in der Rivista in extenso ohne weiteren Commentar ab-

gedruckt, und giebt nichts als eine sehr anschaulich und fliessend gehaltene Erzählung der Vorgänge mit kurzem Endarbitrium.

Kurella (Owinsk).

---

458) **C. Sighicelli** (Ferrara): Basse temperature in alienati. Milano 1887. (Niedere Temperaturen bei Geisteskranken.) (Separat-Abdruck aus dem Arch. italiano per le malat. nervose etc. 1887 Fasc. 1 57 Seiten.)

Sehr ausführliche Zusammenstellung der gesammten Literatur über niedere Körpertemperaturen überhaupt, und einschlägiger Fälle bei Geisteskranken im speciellen; darauf 4 eigene Fälle.

1) Blödsinniges Mädchen von 26 Jahren; plötzliche, fieberhafte Erkrankung; salicylsaures Natron; am 13. Tage der Krankheit Morgentemperatur $27,_8{}^0$ C; Einschlagen in sehr warme Decken brachte bis zum Abend Steigerung auf $37,_2{}^0$, am anderen Tage Morgens wieder $29,_2{}^0$, die Temperatur sank in den nächsten drei Tagen allmählich auf $25,_5{}^0$, am vierten Tage allmählig auf $24,_2{}^0$; Tod. Section: erhebliches Gehirnoedem, in den unteren Partien des Rückenmarkes intensive Leptomeningitis.

2) Mann von 53 Jahren, Alkoholismus, Demenz, complete Amaurose. Rapider Verfall, pflegmonöse und ekzematöse Affectionen, Agitation, tiefe Benommenheit; im Lauf von drei Tagen Temperatur-Abfall auf $32,_2{}^0$, in nächsten drei Tagen Schwankungen zwischen $32,_3$ und $33,_4{}^0$; am vorletzten Lebenstage Ansteigen auf $38,_5{}^0$, in den darauf folgenden letzten 4 Stunden bis auf $38,_9{}^0$. Section: Hirnatrophie; Hirnoedem, diffuse Trübung der Pia.

3) 57 jähriger Bauer, Blödsinn nach Melancholie, tiefer Verfall der Psyche, Verdauungsstörungen, Nahrungsverweigerung. Temperatur sank drei Tage vor dem Tode allmählich auf $36,_0{}^0$, und von da an bis zum Tode rapide auf $30,_8{}^0$. Section: Diffuse Trübung der Pia, Dickdarmgeschwüre.

4) 48 jähriger Bauer, pellagröse Manie, kommt agitirt mit schwerem febrilen Darmkatarrh in die Anstalt; 4 Tage vor dem Tode Abfall der Temperatur auf $34,_3{}^0$ binnen 6 Stunden; nach Moschusinjection binnen 24 Stunden Aufsteigen bis $37,_0{}^0$. Section: Erweichungsherd im linken Occipitallappen. Sarkom des linken Zweihügels; Hirnoedem, Hirnatrophie. Tuberculose des Darmperitoneums. — Der Verfasser hält es für möglich, dass in diesen Fällen die vom Grosshirn ausgehende Erregung excitomotorischer Nerven für die Wärmeproduction ausfiel, lässt aber die Frage offen, ob nicht die in seinen Fällen jedes mal vorhandene tiefe Störung der Nahrungsaufnahme und des Stoffwechsels als concurrirende Ursache gelten muss. Kurella (Owinsk).

---

459) Schütz: Beitrag zur Casuistik der Zwillingspsychosen (folie gémellaire) und des inducirten Irreseins (folie à deux). (Charité-Annalen Sep.-Abdruck ohne Angabe des Jahrganges.)

Beobachtungen von Fällen, in denen Zwillingsgeschwister mehr oder weniger lange Zeit nach einander an derselben Psychose erkrankten, sind im Ganzen selten. Ball hat 1884 auf die Bedeutung dieser Fälle hingewiesen, welche zeigen, dass ein tiefgehender Parallelismus in der Anlage und den Functionen des Gehirns dieser Zwillingsgeschwister bestehen muss. Abgesehen von der Aehnlichkeit in ihrem Aeusseren zeigen dieselben in ihren geistigen Anlagen eine auffallende Uebereinstimmung, die nicht allein bei intactem psychischem Zustande zu Tage tritt, sondern auch darin, dass die Geschwister ohne den geringsten psychischen Einfluss auf einanander auszuüben an derselben Form der Psychosen zuweilen sogar gleichzeitig erkranken. Dazu ist nicht einmal nöthig, dass die äusseren Umstände und Lebensverhältnisse bei beiden Theilen die gleichen sind. Ball versteht unter der von ihm als „Folie gémellaire" bezeichneten Erscheinung den Ausbruch einer Geistesstörung bei Zwillingsgeschwistern, welche in der gleichen Zeit und derselben Form der Psychose bei beiden erfolgt, ohne dass die Geschwister irgend einen psychischen Einfluss vorher aufeinander ausgeübt haben. Als letztes ursächliches Moment glaubt er die Vererbung ansehen zu müssen. Wie weit diese Ansichten gerechtfertigt sind, dürfte bei der Kleinheit des bis jetzt vorliegenden Materials nicht zu entscheiden sein.

Verf. theilt folgende Fälle mit, die hier nur ganz kurz skizzirt werden können.

A. Zwillingsirresein.

1. Periodische Manie und Melancholie bei unehelich geborenen Zwillingschwestern zu verschiedenen Zeiten. Beginn bei beiden zu Anfang des zweiten Lebensdecenniums. Wiederholte Anfälle von Manie und Melancholie bei beiden. Hereditäre Belastung nicht nachweisbar. Kein inducirtes Irresein. Die Form der Krankheit ist als circuläres Irresein charakterisirt.

2. Chronische Paranoia bei Zwillingsschwestern. Beginn der Psychose bei der einen im 38. Jahre, bei der andern 2 Jahre später. Dieselbe (sexuelle) Wahnvorstellung bei beiden. Hallucinationen des Gehörs und des Gefühls. Hereditäre Belastung nicht nachweisbar.

B. Inducirtes Irresein.

3. Chronische Paranoia bei zwei Schwestern. Ueberwiegender psychischer Einfluss der ältern Schwester auf die jüngere. Acuter Ausbruch der Psychose bei beiden Schwestern zu gleicher Zeit. Beide Schwestern haben das gleiche Wahnsystem. Nach der Trennung der Schwestern sind die hinzugetretenen Wahnvorstellungen verschieden. Ausgang bei beiden: Unheilbarkeit.

4. Stupor bei drei Geschwistern, zwei Schwestern und einem Bruder. Ausbruch der Psychose bei einer Schwester 8 Tage früher

als bei der anderen, bei dem Bruder 6 Monate später. Ausgang bei der zuerst erkrankten Schwester und dem Bruder in Heilung; letzterer erkrankte erst nach Genesung der ersteren. Erlenmeyer.

---

460) **Verslag van de inspecteurs voor het Staatstoezicht op Krankzinnigen over de laatste drie maanden van 1884.** — (Bericht der Inspectoren des Holländischen Irrenwesens.)

(Psychiatrische Bladen V. 1.)

461) Desgleichen: over 1885. — (Psychiatrische Bladen V. 2.)

Am ersten October 1884 sind in den Niederlanden zwei Inspectoren des Irrenwesens in Function getreten, in deren Ressort alle Irrenanstalten des ganzen Landes, sowie alle ausserhalb ihrer Familie verflegten Geisteskranken gehören. Obschon diesen Inspectoren weder eine kräftige Initiative, noch irgend eine Executiv-Gewalt zusteht spricht ihr Bericht an den Minister, über die fünf ersten Vierteljahre ihrer Thätigkeit doch für das segensreiche Walten der neuen Institution. Unter Uebergehung alles dessen, was in diesen Berichten lediglich locales Interesse hat, möchte ich ganz besonders die Erfolge der Inspectoren gegenüber der Uebervölkerung der meisten öffentlichen Anstalten und gegenüber der übelangebrachten Sparsamkeit der Provinzial-Behörden (General-Staaten) bei Anlage neuer Anstalten, hervorheben. Vier Provinzial-Anstalten sind durch Königl. Verordnung im Jahre 1885 für überfüllt erklärt und auf ein absolutes Maximum der Krankenziffer reducirt worden. In derselben Zeit sind die Pläne zu zwei neuen Anstalten durch die Inspectoren dahin revidirt worden, dass, an Stelle der indendirten geschlossenen, centralisirten Bauten, das von den Inspectoren dringend empfohlene Muster von Alt-Scherbitz nachgebildet wurde. 1884 wurden 132 ausserhalb der Anstalt oder Familie verpflegte Irre, 1885 wurden 95 solcher Fälle der Inspection namhaft gemacht, nur in 5 oder 6 Fällen wurde dabei ein entschiedenes Eingreifen resp. eine Ueberführung in die Anstaltspflege nothwendig. Der in einzelnen öffentlichen Anstalten sehr häufige Gebrauch von Zwangsmitteln war lediglich durch die Ueberfüllung der Anstalten bedingt. Kurella (Owinsk).

---

462) **A. Leppmann** (Breslau): Das Delirum potatorum abortivum. (Gerichtsärztliche Betrachtungen nebst Gutachten über einen Muttermörder.) (Sonder-Abdruck aus Deutsche Medizinal-Zeitung 1887. Nro. 51.)

(Schluss.)

Auf der Irrenstation des Allerheiligen-Hospitals präsentirte sich der p. Pappritz am 8. Oktober früh 8 Uhr als ein über mittelgrosser, starkknochiger Mann mit kräftiger Muskulatur und gutem Ernährungszustande. Sein Gesicht war geröthet und etwas gedunsen, die Augen feucht, glänzend, die Zunge stark weisslich belegt. In der

Haut der rechten Halsseite zwischen Schildknorpel und Zungenbein fand sich eine 2,5 cm. lange, bis in das Unterhautfettgewebe reichende Querwunde, welche nicht blutete und mittelst zweier Nähte geschlossen wurde. Der Kranke zeigte bei allen Bewegungen, beim Sprechen, beim Aufrichten im Bett, beim Ausstrecken der Arme starke Muskelunruhe und beim Ausgestreckthalten der Finger fortwährendes charakteristisches Zittern; er schwitze nicht und lag mit scheuem Gesichtsausdruck einsilbig da. Auf Befragen erklärte er, er wisse wo er sei, von den Ereignissen in der vergangenen Nacht wisse er nichts Genaues; er habe eine dunkle Erinnerung, dass er mehrere Personen mit einem Tischmesser gestochen habe, weil sie ihn hätten am Ausgehen verhindern wollen. Früh habe er gehört, dass dies seine Mutter und die zwei Schlafstellenmädchen seiner Mutter gewesen seien; er halte es auch für wahrscheinlich, dass es so sei, wie ihm berichtet wurde; es sei ihm angst gewesen und er fühle sich noch jetzt wirr im Kopf; wie er zu der Verletzung am Halse gekommen sei, vermöge er ebenfalls nicht zu sagen.

In der Nacht vom 8. zum 9. Oktober, wo Patient in auffälliger Weise ärztlicherseits und von einem geschulten Wartepersonal beobachtet wurde, blieb er völlig schlaflos, richtete sich mit angsterfülltem Gesicht mehrmals auf und sagte auf Befragen, es kämen vor seinem Bett mehrfach schwarze Männer, welche ihm mit grossen Stöcken drohten, auch in der Ferne sehe er viele solche Männer. Am 9. Oktober mittags trat tiefer Schlaf ein, welcher bis zum 10. Oktober früh anhielt.

Von da ab war Pappritz klar und verliess das Bett. Die Wunde am Halse war per primam geheilt. Sieben Tage nach dem Vorfall starb seine Mutter auf einer anderen Hospitalabtheilung an Brustfellentzündung infolge des einen Messerstiches, welcher das Brustbein durchbohrt hatte. Pappritz weinte, als er dies erfuhr, war aber bald wieder unverändert phlegmatisch und gleichgiltig, nahm während einer längeren Beobachtungsdauer an häuslichen Arbeiten und an Unterhaltungen der anderen Kranken theil, und erwähnte seiner Zukunft und der ihm drohenden Anklage mit keinem. Worte; dabei zeigte er keine merkenswerthe Schwäche der Urtheilskraft und im allgemeinen eine klare Erinnerung an sein Vorleben. Nochmals über den Vorfall in der Nacht vom 7. bis 8. Okt. befragt, sagte er, er sei wirr gewesen, er könne sich ausser dem bereits Gesagten nur noch daran erinnern, dass ihm gewesen sei, als ob ihn Polizeileute, welche er vom Fenster aus gesehen, von der Strasse her gerufen hätten. Erst nachdem er im Hospitale längere Zeit geschlafen, also erst am 10. Oktober, sei es ihm voll bewusst geworden, dass er das wohl gethan haben müsse, wessen man ihn beschuldige. Schnaps habe er schon mehrere Tage vor der That nicht mehr getrunken, da er ihm widerstanden und Erbrechen verursacht habe.

Am 6. November 1882 kam er aus dem Hospital in Untersuchungshaft, aus dieser wurde er auf Grund des folgenden Gutachtens

nach mehreren Wochen entlassen; er kam bald darauf wegen Obdachlosigkeit ins Arbeitshaus.

Das Gutachten, bei dessen Motivirung nothwendigerweise der Deutlichkeit wegen einige der oben angeführten allgemeinen Vorbemerkungen wiederholt werden müssen, gab ich vor dem Untersuchungsrichter zu Protokoll, nachdem in meinem Beisein die Zeugen eidlich vernommen worden waren.

Herr Dr. C. Alexander, zur Zeit Sekundärarzt der Königlich medicinischen Poliklinik, welcher ebenfalls Gelegenheit gehabt hatte den Kranken zu beobachten und bei der Vernehmung anwesend war, äusserte sich in gleichem Sinne.

Gutachten.

Der p. Pappritz weist ein einwurfsfreies Vorleben auf, insbesondere war er trotz seiner Trunksucht nie zu ruhestörenden oder gar gefährlichen Handlungen geneigt. Ein Motiv für seine Strafthat ist nicht ersichtlich. Die beiden Mädchen standen ihm völlig fern, es war kurz vor der That kein Wortwschsel, geschweige denn ein Streit vorgekommen. Mit seiner Mutter stand er im besten Einvernehmen; selbst wenn er berauscht war, zeigte er sich nicht einmal in Worten grob gegen dieselbe.

Erwägt man dies, so muss es von vornherein auffallen, wenn ein so gearteter Mensch gehäufte Gewaltthaten der schwersten Art gegen mehrere Personen zu gleicher Zeit begeht.

Da nun aber jeder Gemohnheitssäufer bis zu einem gewissen Grade moralisch gesunken ist, so wäre die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass eine einzelne neue Berauschung die bisher gezeigte äussere Beherrschung verdrängt habe, und dass die That nichts weiter sei, als einer jener Akte trunkfälligen brutalen Uebermuthes, wie sie gerade bei unseren unteren Volksschichten nicht selten vorkommen. Auch dieser Annahme widersprechen die Thatsachen; Pappritz hat behauptet, er habe vom 5. Oktober ab bis zu jener Nacht keinen Schnaps mehr trinken können, er sei ihm zuwider gewesen und habe ihm Erbrechen verursacht. Notorisch hat Pappritz vom 5. Oktober aber ab heftig gebrochen und die wissenschaftliche Erfahrung lehrt, dass bei Gewohnheitstrinkern häufig Zustände von akutem Magencatarrh vorkommen, in welchen die Betreffenden unfähig sind, Spirituosen bei sich zu behalten und an Stelle des Begehrens das Gefühl des Ekels tritt.

Dergleichen Zustände machen nicht nur dem gewohnheitsgemässen Alkoholgenuss ein plötzliches Ende, nein, sie sind auch häufig der Ausgangspunkt für Anfälle vorübergehender Seelenstörung, welche ihrer Erscheinungsweise nach den chronischen Alkoholisten eigenthümlich sind und welche man Säuferwahnsinn oder Delirium potatorum nennt. Dergleichen Störungen kennzeichnen sich in einer abortiven Abart, auf welche man hier besonderes Gewicht legen muss, dadurch, dass die erwähnten Erscheinungen des Magenkatarrhs verbunden mit

Abgeschlagenheit erst einige Tage anhalten, dann aber eine ein- bis zweitägige Periode ängstlicher Erregtheit eintritt, in welcher die Kranken schlaflos sind, ihrer inneren Unruhe durch einen gewissen Bewegungsdrang Ausdruck geben, in welcher ferner einzelne Gegenstände der Umgebung sich ins Fratzenhafte und Ungeheuerliche umformen, sowie auch hier und da selbstständige, von der Gestaltung der Umgebung unabhängige Gesichtstäuschungen auftreten. Hierdurch wird die Einsicht der Erkrankten in das, was um sie herum vorgeht, getrübt. Pappritz hat, wie der Begutachtende selbst beobachtete, bereits zweimal und ungefähr ein Jahr resp. ein halbes Jahr vor der That dergleichen Anfälle von abortivem Delirium gehabt, welche sich an einen akuten Magenkatarrh anschlossen und in der geschilderten Weise verliefen.

Erwägt man, dass er am 5. Oktober wieder die Erscheinungen eines heftigen Magenkatarrhs zu zeigen begann, so hätte man schon an diesem Tage mit Wahrscheinlichkeit voraussehen können, er werde nach einigen Tagen wieder in eine vorübergehende Geistesstörung der beschriebenen Art verfallen. Zwei Tage aber nach Ausbruch des Magenkatarrhs beging er die Strafthaten.

Wie benahm sich nun aber Pappritz bei der That? Etwa wie ein Mensch, der ein langgeplantes Verbrechen ausführt; oder wie einer, der in jähzorniger Anfwallung jemanden aus dem Wege räumt, der ihn von der Ausführung eines festen Entschlusses abhalten will; oder wie ein verwilderter Messerheld, dem die Beschädigung seiner Mitmenschen an und für sich Freude macht? Keineswegs, er benimmt sich den ganzen Abend hindurch wie ein ängstlich Erregter, der durch allerhand sonderbare Erscheinungen in der Umgebung aus seiner Ruhe aufgestört ist, der für das, was um ihn herum vorgeht, durchaus kein klares Verständniss mehr zeigt, und der schliesslich auf jede Person, welche sich ihm bemerklich macht, blind zustösst, wie ein Verzweifelter, der auf Tod und Leben kämpft. Er läuft stundenlang, den Blick in eigenthümlicher Weise auf die Wände geheftet, in seinem Zimmer hin und her, er kommt wortlos in das Zimmer der Brzezinka und nimmt ohne jede greifbare Veranlassung deren Kopfkissen unter den Arm, dass man annehmen muss, er wisse gar nicht, was er erfasst habe; er öffnete sonderbarerweise das Fenster, als der Zug der Verbindungsbahn vorüberfährt, was doch für ihn ein längst gewohntes Ereigniss sein musste, er belegt seine Mutter plötzlich mit den gemeinsten Ausdrücken, er verlangt einen Hammer, als ob er eine bestimmte Arbeit verrichten solle. Das letztere ist besonders bemerkenswerth, da mitten unter ängstlichen Täuschungen Deliranten auf Grund von entsprechenden Gesichtstäuschungen glauben, im Beruf oder in der Häuslichkeit beschäftigt zu sein. Schliesslich dringt er auf die Brzezinka plötzlich in dem Momente ein, wo dieselbe durch die Bewegungen, welche sie bei dem Versuche, das Zimmer zu verlassen, macht, ihre Anwesenheit deutlicher verräth als vorher, während sie sich still hielt, und sticht dann auch auf die anderen beiden Per-

sonen, die zum Schutze der Brzezinka Abwehrbewegungen machen, blind ein.

Nach der That kümmert er sich weder um seine Opfer, noch um seine Sicherheit, er kommt dem p. Häusler verwirrt vor, er sagt ihm unter anderem: „die Polizei habe ihm gerufen", auch dies entspricht dem Bilde, welches Deliranten uns bieten, denn in deren Visionen spielen meist Häscher, Wächter und Polizeileute eine Rolle.

Auch dem Schutzmann gegenüber zeigt er ein sonderbares wirres Verhalten; wie unklar er über das ist, was vorgegangen war, beweist er dadurch, dass er von seiner Mutter, als ob nichts vorgefallen wäre frische Wäsche verlangt.

Im Hospital endlich zeigt er die deutlichen körperlichen Zeichen des Deliranten, belegte Zunge, kongestionirtes Gesicht, Muskelunruhe Gliederzittern. Wie es die Regel ist, treten bei Beginn der Nacht die seelischen Symptome wieder stärker ein, die Art der Täuschungen ist typisch, es ist eine Mehrzahl von Personen, welche er sieht, dieselben sind in Bewegung und machen auf ihn einen feindseligen Eindruck. Die Klarheit tritt, wie es die Norm ist, nach einem auffallend langen und tiefen Schlafe ein.

Dass er während des gestörten Zustandes zeitweilig eine gewisse Einsicht in die Umgebung bekundete, dass er z. B. seine Mutter erkannte, als er Schnaps von ihr wollte, dass er am Morgen die Zeitung las und schon am ersten Tage das Hospital als solches erkannte, widerspricht nicht der wissenschaftlichen Erfahrung, ja kennzeichnet gerade die *arbortive* Form des Delirium potatorum.

Auch der Umstand, dass sich seine Erinnerung an das Vorgefallene nur bis zu einem gewissen Grade aufhellt, entspricht genau der Qualität der seelischen Störung.

Nach alledem komme ich zu dem Schlusse:

„Der p. Pappritz hat sich, als er seine Mutter tötlich und die beiden Schlafstellenmädchen seiner Mutter gefährlich körperlich verletzte, im Zustande des Delirium potatorum abortivum befunden, d. h. er hat die ihm zur Last gelegten Strafthaten in einem Zustande von krankhafter Störung seiner Geistesthätigkeit begangen, wodurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war".

Obiger Fall hat ausser dem kriminalistischen noch ein gewisses sociales Interesse. Pappritz musste, nachdem seine Unzurechnungsfähigkeit festgestellt war, in Freiheit gelassen werden; er war damals wieder monatelang bis auf einen nicht erheblichen Grad von Gemüthsstumpfheit und Energielosigkeit geistig klar, es war also nicht möglich, ihn als gemeingefährlichen Geisteskranken zu betrachten und ihn dauernd in einer Irrenanstalt zu detiniren. Dass aber ein derartiger Gewohnheitstrinker, wenn er nicht durch äussere Umstände daran ver-

hindert wird, weiter trinkt, bis er wieder einen Anfall von Delirium bekommt und seinen Mitmenschen aufs neue gefährlich wird. ist jedem klar, welcher dergleichen Menschen zu beobachten Gelegenheit hatte. Hier kann wohl nur eine Erweiterung der Gesetzgebung helfen nämlich die Schaffung staatlicher Trinkerasyle und die zwangsweise Detention gemeingefährlicher und ruhestörender Trinker in denselben nach ärztlichem Ermessen auf unbestimmte Zeit.

III. Aus den Vereinen.

Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 10. Mai 1887. (Union médicale 1887. Nro. 61.)

463) **Hattenhoff** aus Genf veröffentlicht eine Arbeit über *paralysirenden Schwindel*, von ihm als *„Gerliersche Krankheit“* bezeichnet. Der Symptomencomplex, den G e r l i e r zuerst beschrieben hat, stellt eine eigenthümliche Neurose dar, die bei Landarbeitern und Schäfern vorkommt: Anfälle von Lähmung der Nackenmuskulatur und der Glieder mit Schwindelgefühl, vom Nacken ausstrahlende Schmerzen und Augenschluss. Im Anfall selbst können die Kranken, die oft zur Erde stürzen, die Augen nicht öffnen, den Kopf nicht aufrichten, sich nicht vorn über beugen, nicht gehen und nicht stehen und nichts in der Hand halten. In den Intervallen der Anfälle klagen sie über Schlaffheit, Benommenheit des Kopfes, vorübergehende Diplopie und Amblyopie, bei normalem Augenhintergrund. Wenngleich man die Ursachen nicht kennt, so weiss man doch, dass man die Krankheit findet bei Leuten, die in Kuhställen schlafen. R o h d e n (Oeynhausen).

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. September 1887. Nro. 17.

Inhalt.

I. Originalien. I. Ueber das Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Basedow'scher Krankheit. Von Prof. A. Eulenburg in Berlin. II. Ueber einen Fall von Cocainvergiftung. Von Dr. Richard Wagner in Blankenburg i. Thür.

II. Referate und Kritiken. Seitz: Zwei Feuerländer-Gehirne. Alexander: Erweichungsherd im rechten Grosshirnschenkel. Pontoppidan: Unwillkürliche und inadaequate Affectausbrüche bei Pons-Affectionen. Oppenheim und Siemerling: Die acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbärparalyse. Jewoski: Ophthalmoplegia externa nach Rachendiphtherie. Thomsen: Ein Fall von isolirter Lähmung des Blickes nach oben mit Sectionsbefund. Martius: Experimentelle Untersuchungen zur Electrodiagnostik. Kramer: Zur Casuistik des tabischen Fusses. Remak: Ueber neuritische Muskelatrophie bei Tabes dorsalis. Oppenheim und Siemerling: Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankung. Berbez: Traumatische Hysterie. Gilles de la Tourette: James Jackson et les paralysies alcoholiques. Neumann: Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite a frigore. Seglas: La paranoia. Délires systhématisés et degenerescences mentales. Historique et critique. von Noorden: Klinische Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geisteskranken. Senator: Ueber einen Fall von sogenannter Schlafsucht mit Inanitation. Ireland: Herrschermacht und Geisteskrankheit. Forel: Einige therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus (Braidismus) bei Geisteskranken.

III. Aus den Vereinen. Société méd. des Hôpitaux zu Paris.

IV. Tagesgeschichte. 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerste.

I. Originalien.

I.

Ueber das Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Basedow'scher Krankheit.

Von Prof. A. EULENBURG in Berlin.

Bekanntlich hat unlängst Charcot (28. Vorlesung aus „neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere die Hysterie", Deutsch von Freud, Wien 1887) auf ein neues und angeblich cardinales Symptom der Basedow'schen Krankheit aufmerksam gemacht, nämlich die *sehr bedeutende Verringerung des galvanischen Leitungswiderstandes*. Dieses von Romain Vigouroux entdeckte und übrigens auch bei verschiedenen Herzleiden, besonders Asys-

tolie nachweisbare Symptom soll im Vergleiche mit gesunden Individuen sich darin kundgeben dass *beim Anlegen der einen Elektrode am Brustbein, der anderen am Rücken* das Galvanometer bei B. Kr. einen sehr viel grösseren Ausschlag giebt als bei Gesunden (z. B. 90—100 statt 10 Theilstriche der Scala mit einer Kette von 10 Elementen). Die Widerstände berechneten sich in 4 untersuchten Fällen von B. Kr. auf 900—1080 Ohm. Das Symptom soll in zweifelhaften Fällen, besonders bei den nicht seltenen rudimentären Formen, eine wichtige differenzialdiagnostische Verwerthung gestatten. — Diese auf eine so grosse Autorität gestützten Angaben waren mir um so überraschender, als ich bereits früher mehrfach bei B. Kr. nach dem von mir anderwärts ausführlich publicirten Verfahren[1]) den galvanischen LW am Kopf gemessen und denselben (speciell das von Martius so genannte *relative Widerstandsminimum)* eher vergrössert als vermindert im Verhältniss zur Norm gefunden hatte, der hochgradigen Anämie solcher Personen entsprechend. Da jedoch die von Vigouroux gewählte Oertlichkeit der Messung möglicherweise von entscheidendem Einflusse sein konnte, habe ich zum Zwecke einer genauen Nachprüfung 5 unzweifelhafte Fälle von B. Kr. — theils der Privatpraxis, theils der Poliklinik angehörig — längere Zeit einer häufig wiederholten Messung im Vergleich mit möglichst gleichaltrigen gesunden oder relativ gesunden Individuen unterzogen. Inzwischen hat allerdings bereits Martius[2]) Untersuchungen veröffentlicht, welche die Charcot-Vigouroux'schen Angaben in der Hauptsache berichtigen und zugleich auf ihren thatsächlichen Kern zurückführen, insofern sich nämlich ergiebt „dass die *absoluten Widerstandsminima von an Morbus Based. leidenden Personen in keiner irgendwie diagnostisch verwerthbaren Weise von denen Gesunder resp. an anderen Krankheiten leidender Individuen abweichen*" — während dagegen allerdings die *relativen Widerstandsminima* bei den ersteren viel tiefer liegen als bei den letzteren. Ich glaube jedoch, dass auch nach der Martius'schen Publication weitere Mittheilungen bei der Wichtigkeit der Sache nicht ganz überflüssig sind, zumal die von Martius gewählte Versuchsanordnung (grosse positive Elektrode am Sternum, kleine negative an der Streckseite des Vorderarms) offenbar von der Vigouroux'schen so wesentlich abweicht.[3]) Ich habe bei meinen Versuchen ein

---

[1]) Ueber Messung galvanischer Leitungswiderstände am Kopfe und deren semiotische Verwerthung. Zeitschrift für klinische Medicin. XII. Heft 4.)

[2]) Unter welchen Bedingungen sind die bei verschiedenen Individuen gemessenen Körperwiderstände untereinander vergleichbar u. s. w., Archiv für Psychiatrie. XVIII. Heft 2.

[3]) Letzterer Punkt würde allerdings weniger ins Gewicht fallen, wenn in der That der Epidermis-Widerstand ausschliesslich massgebend wäre, so dass „die Länge des zu messenden Widerstandes lediglich durch die doppelte Dicke der Epidermis repräsentirt" würde und die Entfernung der Ansatzstellen von einander resp. die Länge der dazwischenliegenden Körperstrecke u. s. w. für die Gesammtstärke gar nicht in Betracht käme — worin jedoch Martius wohl kaum beizustimmen sein dürfte.

ganz analoges Verfahren eingehalten, wie bei den anderweitig beschriebenen Widerstandsmessungen am Kopfe; also Bestimmung der relativen Widerstandsminima, bei gleichbleibender elektromotorischer Kraft (der nämlichen 10 Siemens'schen Elemente) und mässiger Stromstärke; unpolarisirbare Elektroden nach Art der von Martius angegebenen; Durchleitung des Stromes in stets der nämlichen Richtung, im sagittalen Durchmesser des Thorax; Anode (6 × 18 = 108 q cm.) auf dem Sternum — die etwas kleinere Kathode (6 × 12 = 72 q cm.) am Rücken, vom ersten Brustwirbel abwärts, im Interscapularraum. Messung gleich nach Kettenschluss und von 30 : 30 Secunden wiederholt, bis die „relative Constanz" (mindestens 2 Minuten hindurch) erreicht wurde; Ausdehnung der Einzelversuche selten über 6—7 Minuten. Stromstärke in der Regel nicht über 4 M. A. Zur Stromstärkemessung diente das mit der vorzüglich wirkenden neuen (Grashalm-) Dämpfung versehene und auf 500 *Ohm* Widerstand gebrachte Hirschmann'sche Vertical-Galvanometer. Die Versuche wurden an sämmtlichen Personen mindestens zwei Wochen hindurch fast täglich wiederholt, um unter Berücksichtigung der bei den nämlichen Individuen vorkommenden Schwankungen — die sich übrigens hier, wie bei den Kopfversuchen, im Allgemeinen äusserst gering zeigten — brauchbare Mittelwerthe zu erhalten. Was nun zunächst die Versuche bei den nicht an Basedow'scher Krankheit leidenden Personen betrifft — es wurden sechs im jugendlichen oder mittleren Lebensalter stehende weibliche, entweder gesunde oder bloss neurasthenische Individuen dazu gewählt — so ergaben sich hierbei Schwankungen zwischen *3400 und 5000* Ohm: Am häufigsten wurden Werthe von *4000—4600* Ohm angetroffen. Die Schwankungen überstiegen bei einem und demselben Indiduum in aufeinanderfolgenden Sitzungen in der Regel nicht 300 Ohm; das rel. W.-Min. wurde meist nach $2^1/_2$—5 Minuten erreicht. Wie sich aus den mitgetheilten Zahlenwerthen ergiebt, liegt dasselbe bei der in Rede stehenden Versuchsanordnung, am Thorax, *weit höher als bei den analogen Messungen am Kopfe,* bei welchen als allgemeine Durchschnittswerthe von mir 1200—1600 Ohm an gesunden Individuen angetroffen wurden.

Ich lasse nun die Befunde in den von mir untersuchten 5 Fällen B. Krankh. kurz folgen. Wie sich aus den der Tabelle beigefügten Bemerkungen ergiebt, handelt es sich in den ersten 4 Fällen um völlig typische und gewöhnliche Formen von ausgebildeter, schon seit Jahren bestehender B. Krankh., bei welchen diagnostisch nicht der mindeste Zweifel bestehen konnte — während Fall 5 dagegen von etwas abweichender Art ist: mehr acut entstandene B. Krankh. bei einem jugendlichen männlichen Individuum (17 j. Knaben). — In einzelnen Fällen wurde auch das rel. W.-Min. am Kopfe in der anderweitig geschilderten Weise gemessen.

Nro.	Name, Alter.	Bemerkungen; Symptome, Krankheitsverlauf.	Rel. W.-Min. am Thorax bei der beschrieb. Anordnung.	Rel. W.-Min. am Kopfe (sagittal aufsteig.; 10 Elemente).
1.	Frau L., 28 Jahre.	Typische B. Krkh. seit ca. 2 Jahren angeblich in Folge heftiger Gemüthserschütterungen (Vermögensverlust u. s. w.). Exophthalmus, Struma, Palpitationen; Puls 150, auch durch Galvanisation am Halse nur wenig reducirt. Aussehen fahl, abgemagert; starke Schweisse, Kopfschmerz, Zittern fast des ganzen Oberkörpers.	*1780—1900* (das rel. W.-Min. *fast momentan* erreicht; auch nach 3—4 Minut. noch unverändert).	2730—2960.
2.	Frau R., 26 Jahre.	Seit 3 Jahren Exophthalmus und Herzklopfen, seit ca. 1½ Jahren Struma; letztere gross, weich, mit lauten schwirrenden Geräuschen. Graefe'sches Symptom, etwas Pupillenerweiterung (Myopie); Puls 102, starker Herzchoc; Schweisse, tâches cérébrales, Zittern der Hände u. s. w.	2200—2340 (rel. W.-Min. nach 2½—3 Minuten erreicht).	
3.	Frau K., 40 Jahre.	Typische B. Krkh. seit mindestens 5 Jahren bestehend, mit den gewöhnlichen Symptomen. Puls 132; leichtes Zittern, Kopfschmerz, gestörtes psychisches Verhalten u. s. w. Puls sinkt während der Sitzungen bis auf 112 und 104.	1780—1900 (rel. W.-Min. nach 1½—3 Minuten erreicht).	2700.

4.	Frl. F., 26 Jahre.	Exophthalmus, Graefe'sches Symptom, umfangreiche Struma mit lauten Geräuschen, seit ca. 2 Jahren entstanden. Palpitationen, Puls 96—110, Schwindel, Absterben der linken Hand, starke Schweisse; kein Tremor.	*3200—3600* (rel. W.-Min. nach 3—4 Minuten erreicht).	2300.
5.	Adolph F., 17 J., Cigarrenmacher.	Das Leiden wird auf einen heftigen Schreck (bei einem Brande) zurückgeführt, wonach zuerst Zittern der Hände aufgetreten sein soll. Exophthalmus, Graefe'sches Symptom; Struma nur gering; Herzklopfen, Puls 120 (bei Galv. auf 92 herabgesetzt), am Herzen keine Geräusche. Hyperidrosis, leichtes Zittern der Hände und Zunge, Abirren der Augen beim Fixiren. Allgemeine Anämie und Muskelschwäche.	*4600—5200!* (rel. Win. nach $2^1/_2$—5 Minut. erreicht).	

In den drei ersten Fällen ist hiernach unzweifelhaft eine sehr erhebliche *Herabsetzung der relativen Widerstandsminima* am Thorax, bei der gegebenen Anordnung, zu constatiren; dieselben lagen sogar (den vergleichenden Messungen in Fall 1 und 3 zufolge) bedeutend tiefer als die — allerdings abnorm hohen — relativen Widerstandsminima am Kopfe, während normalerweise (vgl. o.) stets das Gegentheil der Fall ist. Das rel. W.-Min. am Thorax wurde bei Fall 1 fast momentan erreicht, in den übrigen Fällen war dagegen höchstens eine geringe Beschleunigung, im Ganzen aber kein sehr wesentlicher Unterschied gegen die Norm in dieser Beziehung zu constatiren.

In Fall 4 ist *das rel. W.-Min. am Thorax nur sehr wenig vertieft, nahezu der Norm entsprechend*, und somit erheblich höher als das (an sich wiederum abnorm grosse) W.-Min. am Kopfe. In Fall 5 endlich finden wir sogar, dass *das rel. W.-Min. am Thorax gegen die Norm augenscheinlich erhöht* ist; zur Erreichung desselben wird ein verhältnissmässig langer Zeitraum (bis zu 5 Minuten) erfordert.

Ziehen wir das Gesammtresultat, so scheint demnach in der That *bei B. Krankh. eine mehr oder weniger beträchtliche Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes (der „relativen Widerstandsminima") am Thorax, bei der gegebenen Versuchsanordnung, als der vorherrschende Befund* angenommen werden zu müssen[1]; daneben kann auch ein *zeitlich sehr beschleunigter Verlauf der Widerstandscurve, äusserst rapides Eintreten des rel. W.-Min.*, vorkommen, das jedoch öfter vermisst wird. Die obige Widerstandsherabsetzung bildet aber *keineswegs ein constantes und pathognomonisches Symptom der B. Kr.*, da bei derselben auch nahezu normale und selbst abnorm vergrösserte Widerstände (Erhöhung des rel. W.-Min.) bei gleicher Anordnung angetroffen werden können. *Differenzialdiagnostisch dürfte somit höchstens in zweifelhaften Fällen die vorhandene Widerstandsherabsetzung für B. Kr., das Fehlen dieser Erscheinung aber* **nicht gegen letztere** *sprechen.* — Was die Ursachen dieser in der Mehrzahl der Fälle nachweisbaren Widerstandsherabsetzung, resp. des rascheren Absinkens der Widerstandscurve betrifft, so kommt dafür wohl in erster Reihe in Betracht die gewöhnlich bei B. Kr. bestehende *Hyperidrosis* nebst der dünneren zarteren Beschaffenheit der Epidermis (zumal an für gewöhnlich bedeckten Hautstellen); überhaupt aber die leicht eintretende *Erweiterung und Füllung des Hautgefässnetzes und vielleicht auch der tieferen Gefässe, in Folge grösserer Labilität des vasomotorischen Nervensystems* — wie sie sich ja bei solchen Kranken in mannichfachen Erscheinungen, z. B. den bekannten tâches cérébrales, kundgiebt. Die Ungleichmässigkeit und Mannichfaltigkeit dieser Momente machen es begreiflich, dass die Erscheinung eben keine constante ist und bald nur in sehr abgeschwächter Weise beobachtet, bald sogar gänzlich vermisst wird.

Bürgenstock (Schweiz), 30. Juli 1887.

II.

Ueber einen Fall von Cocainvergiftung.

Von Dr. RICHARD WAGNER in Blankenburg i./Thür.

Vorliegender Fall betraf einen 37jährigen Mann, der starker Morphinist war. Der Morphiumverbrauch in 24 Stunden belief sich auf 2 Gr. Vor der Incision eines auf dem Rücken sich befindlichen Furunkels wurde dem Patienten an der Grenze der Röthung $1^1/_2$ Pravaz'sche Spritzen einer 5proc. Cocainlösung[2]) (0,075 Gr.) subcutan applicirt. Ungefähr 2 Minuten nach der Injection trat starke Röthung des Halses und Gesichtes auf. Die Röthung begann am unteren Theil des Halses dicht oberhalb des Schlüsselbeins, um sich nach den oberen Halsregionen und nach dem Gesicht binnen kurzer Zeit fortzupflanzen.

---

[1]) Die gegen die meinigen noch erheblich kleineren Widerstandswerthe von Vigouroux erklären sich wohl daraus, dass von diesem das *absolute* W.-Min. erreicht — oder doch nahezu erreicht — wurde.

[2]) Merck'sches Präparat.

Die Adern des Halses und Gesichtes waren stark erweitert, geschwollen und zeigten eine deutliche Pulsation. Am meisten trat diese Erscheinung an der Arteria temporalis hervor. Die Röthe nahm in den nächsten Minuten zu. Der Puls war stark beschleunigt. Die ganzen Symptome erinnerten sehr stark an diejenigen, welche nach Einwirkung von Amylnitrit auftreten. Dazu gesellte sich sehr bald eine äusserst heftige Praecordialangst. Patient, ein sonst höchst energischer und widerstandsfähiger Mann, fing laut und heftig an zu weinen und hielt die Hände der Umstehenden krampfhaft fest. Auf dem Gesicht des Patienten war während der Höhe des Anfalls deutliche Todesangst ausgeprägt. Nach ungefähr 10 Minuten hatte der Anfall seinen Höhepunkt erreicht, um alsdann langsam an Intensität abzunehmen und nach 25 Minuten vollkommen zu verschwinden. Der Puls war während der ganzen Dauer des Anfalls gespannt und stark beschleunigt.

II. Referate und Kritiken.

464) **Johannes Seitz** (Zürich): Zwei Feuerländer-Gehirne. (Zeitschrift für Ethnologie 1886. S. 137—284. Mit 3 Doppeltafeln. — Ref. von Prof. Kollmann in Basel im Corresp. f. Schweiz. Aerzte 1887. 16.)

Die beiden in Virchow's Archiv 1883, Bd. XCIII, S. 161 ff. schon kurz beschriebenen Gehirne der in Zürich gestorbenen Feuerländer Capitano und Frau Capitano sind des Genaueren darauf hin untersucht worden, ob sich in deren Windungstypus vielleicht nicht doch wesentliche Abweichungen vom unsrigen finden, obschon der allgemeine Eindruck auf Uebereinstimmung mit dem Europäer-Hirn hinwies. Diese Untersuchung war geboten in Hinsicht auf die grosse Bedeutung der Frage: lassen sich an den Gehirnen niedrig stehender Völker auch Zeichen eines niedrigen Hirnbaues erkennen?

So weit Seitz zu urtheilen vermag, finden sich nirgends Zeichen eines niedrigeren Baues. *Das Gewicht ist ein mittleres, die Maasse sind mittlere. Die Reihe des von fünf Einzelfällen gemessenen Schädelinhaltes entspricht den normalen Schwankungen. Die Maasse der Rolando'schen Furche passen sich den unsrigen an. Die Schilderungen der Europäergehirne in Bezug auf Furchen und Windungen des Grosshirns sind allenthalben auch passend für diese Wildengehirne.* Keine einzige Stelle wüsste S, wo man einen wesentlichen Unterschied hervorheben könnte. Im Gegentheil, je tiefer das Eindringen in die Literatur, um so reicher die Punkte der Uebereinstimmung. Das Schlussergebniss der vorliegenden umsichtigen Prüfung lautet: „Die Gehirne dieser zwei Feuerländer stehen auf gleicher Höhe wie die gewöhnlichen Europäergehirne."

Dieses Resultat stimmt vollkommen mit demjenigen der Rassenanatomie des Schädels. Wo immer in der Erdrinde Menschenknochen zu Tage kommen, immer ist der Mensch schon fertig entwickelt. Er hat nichts „inferiores", weder im Bau seines Hirnschädels, noch in

den Formen seines Gesichtsschädels, sondern ist stets homo sapiens schon im Diluvium! Die Stammesgeschichte jener Formen, aus denen die Menschenrassen von heute hervorgegangen sind, beginnt in einer weiter zurückliegenden Epoche.

---

465) **Alexander** (Aachen): Erweichungsherd im rechten Grosshirnschenkel. (Deutsche med. Wochenschrift Nro. 18 1887.)

X., 45 Jahre alt, aus Russland, 1865 syphilitisch inficirt, war gesund geworden nach einer damals vorgenommenen Aachener Cur; 3 gesunde Kinder. Im Jahre 1883 zum ersten Male Kopfschmerzen und Schwindel, welche Erscheinungen schwanden, um nach einigen Monaten von Neuem aufzutreten, und bis zum Jahre 1885 an Intensität stetig zuzunehmen. Pat. ging nach dem Süden. In Wien apoplectiformer Anfall mit theilweisem Bewusstseinsverlust. Linksseitige Extremitäten und rechtes oberes Augenlid gelähmt. Es wurde constatirt: Partielle Lähmung des Oculomotorius, dessen exteriore Aeste (Rect. intern., Rect. sup., Obliquus inf. und Levator palpebr. sup.) sich paretisch zeigten, während die interioren Zweige (Sphincter pupillae und Tensor Chorioideae) normal funcionirten.

Verf. fand bei seiner Untersuchung im Sommer 1885 einen körperlich und geistig reducirten Mann mit den Lähmungserscheinungen, wie angegeben. Es schienen auch die Thoraxmuskeln links (Pector. major, Latissimus dorsi und Serratus anticus major) ergriffen zu sein. Sensibilität der gelähmten Körperhälfte herabgesetzt. Oedematöse Ausschwitzungen waren nicht zu bemerken, doch sollen in den letzten Tagen der Krankheit solche am l. Unterschenkel vorhanden gewesen sein. Links zeigte sich ferner eine Parese einiger Facialis-Aeste. Verf. stellte die Diagnose auf einen intrapedunculären rechtsseitigen Krankheitsherd. Schwierigkeiten machte nur die Erklärung für das partielle Ergriffensein des Oculomotorius. Doch nach Mauthner's Auseinandersetzungen war es klar, dass der Sitz der Laesion im rechtsseitigen Peduncul. cerebri statt haben musste, wo eine Vereinigung der interioren mit den exterioren Zweigen zum Stamm des Oculomotor. noch nicht stattgefunden hatte.

Die instituirte antisyph. Behandlung änderte an den Lähmungserscheinungen nichts, das Allgemeinbefinden hob sich. Den Winter 1885/86 brachte Pat. in scheinbarem Wohlbefinden in Italien zu. Doch nach Wochen kehrte Pat. nach Aachen zurück. Die Lähmung des Oculomotorius war jetzt total, Sphincter pupillae und Tensor Chorioideae waren mit ergriffen. Die Läsion im rechten Pedunculus musste demnach an räumlicher Ausdehnung zugenommen haben. Verf. nahm an, dass sich die Affection in den III. Ventrikel erstreckt und jetzt auch die Kerne zum Sphincter pupillae und Tensor Chorioideae ergriffen hätte. Eine längere antiluet. Cur war wiederum ohne Erfolg. In seiner Heimath verstarb Pat. in wenigen Wochen. Die von einem Universitätsprofessor ausgeführte Section zeigte u. A. den rechten Pedunc. cerebri weicher und breiter als den linken; im Innern desselben fand man einen etwa wallnussgrossen Erweichungsherd, der

von einer bindegewebigen Kapsel umgeben war. Nach hinten reichte er nicht ganz bis zur Brücke, nach vorn lief er in einen Fortsatz aus, der bis zum angrenzenden Theil des Sehhügels und bis in's centrale Höhlengrau verfolgt werden konnte. Die Wandungen der Art. basilar., der Art. Aquaed. Sylvii, der Art. cerebri profund. waren vielfach verdickt und an mehreren Stellen thrombosirt.

Goldstein (Aachen).

466) **K. Pontoppidan** (Kopenhagen): Involontäre og inadägvate emotionelle Ucbrad ved Lidelser af Pons Varolii. (Unwillkürliche und inadaequate Affectausbrüche bei Pons-Affectionen.) (Hospitals - Tidende 1886. p. 405.)

Es kommt gelegentlich bei organischen Hirnleiden vor, dass ein Affect-Zeichen (Lachen, Weinen etc.) ganz grundlos auftritt, oder dass ein emotioneller Reiz ganz atypische Erscheinungen hervorruft, z. B. ein Schmerz einen Anfall von Lachen. Neuere Untersuchungen, besonders die Lange's*), machen es wahrscheinlich, dass die Centren für die Affecte im Pons und der Oblongata liegen, und mit den vasomotorischen Centren oder Theilen derselben identisch sind. Solche Störungen im centralen Mechanismus der Affecte finden sich nur mit Vorliebe zusammen mit anderen bulbären Symptomen. Jedoch treten sie auch häufig bei Apoplektikern, und ferner bei rein dynamischen Leiden (hysterischer Lach- und Weinkrampf) auf. Schliesslich findet sich ja auch bei Demenz und Imbecillität eine grosse Labilität der Affecte.

Im ersten Falle des Autors verlor ein 48 jähriger Schreiner plötzlich die Sprache, es handelte sich jedoch nicht um Aphasie, sondern um Dysarthrie, und andere Symptome einer plötzlichen bulbären Paralyse. Während des Hospitals-Aufenthalts löste nun jeder intensivere psychische Reiz einen heftigen Lachanfall aus, der dem Kr. sehr peinlich war. Allmählich kam es zu linksseitiger Hemiparese und drei Tage vor dem Tode zu plötzlichem Coma. Section: Thrombose des vorderen Theils der Arter. basilaris; der Thrombus erstreckt sich in die r. Arteria cer. posterior; Erweichungsherd der Brücke rechts unten hinten nahe der Mittellinie, ähnlicher Herd an der Aussenfläche der medialen Hälfte des r. Hirnschenkels; an der Austrittsebene des Cr. cerebr. aus der Brücke ein grösserer, den Centralcanal umfassender Erweichungsherd.

Im zweiten Falle handelt es sich gleichfalls um eine apoplectische Bulbärparalyse, bei der ganz veranlassungslos häufig Weinen und Lachen auftrat. Ein zweiter Anfall traf dasselbe Individuum drei Jahre später, diesmal mit completer Hemiplegie links, ohne Facialislähmung, mit im übrigen sehr ausgebreiteten bulbären Symptomen; anfangs war der Patient weinerlich, später fing er plötzlich an zu weinen oder zu lachen, so wie er etwas sagen wollte; indess überwog die deprimirte Stimmung und das Lachen.

*) S. dies. Centralblatt 1887. Nro. 9.

Im dritten Fall handelt es sich um einen älteren Mann, der vor 7 Jahren den ersten Anfall von Bulbärapoplexie und seitdem zunehmende paretische Erscheinungen gehabt hat; er kann nicht gehen, die Sprache wird nur mühsam articulirt, der Puls ist oft unter 40. Pat. bricht oft grundlos in Lachen aus; häufig tritt es bei der Hospitalvisite auf und erinnert dann an das Kichern ausgelassener Kinder; ebenso bricht es los, wenn einer der anderen Patienten angeredet, getadelt wird etc. Endlich treten ganz spontan längere Lachanfälle auf, in denen man den Pat. mit dem Gesicht zur Wand gekehrt findet, um seine nur scheinbare, ihm sehr peinliche Lustbarkeit zu verbergen.

Kurella (Owinsk).

---

467) **H. Oppenheim** u. **E. Siemerling** (Berlin): Die acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbärparalyse. (Charité-Annalen XII. Jahrg. 1887.)

In einer ausführlichen, beachtenswerthen Arbeit erweitern die Verf. ihre früheren Bemerkungen über diesen Gegenstand (siehe d. Centralbl. 1886, pag. 628). Im ersten Abschnitt behandeln sie die acute Bulbärparalyse (apoplectiforme Bulbärparalyse, Myelitis acuta bulbi, Poliencephalitis inferior acuta etc.) indem sie zunächst die bemerkenswerthen Arbeiten anderer Autoren im Excerpt wiedergeben. Die Fälle lassen sich in 6 Gruppen bringen, von denen die Mehrzahl der ersten angehört.

1) *Die durch Verstopfung der ernährenden Gefässe bedingte Erweichung des Bulbus.*

Wir begegnen hier zunächst den Arbeiten von Tüngel (Mittheilungen aus dem Hamburger Krankenhause: Verstopfung der Art. basilaris. Rothe Erweichung des rechten Hirnschenkels und des Pons Varolii. Virchow's Archiv, Bd. XVI. 1859), von Henry Taylor (Embolism of the left vertebr. artery. Paralysis of the glosso-pharyngeal-nerve. Death. Brit. med. Journ. Nro. 4. 1871) von Proust (de l'aphasie. Archives générales 1872. S. 147) von Charcot (citirt bei Hallopeau, Des paralysies bulbaires. Thèse. Paris 1875) von A. Willigk (Bulbärparlyse in Folge von Embolie der Art. basilar. Prag. Vierteljahrschrift 1875. II. S. 40) von Darolles (Ramollissement de la protubérance; Thrombose du tronc basilaire. Le Progrès médical. 1875. Nro. 44) von Tirard-Duffin (Thrombosis of vertebral and basilar arteries. Medical Times auch Gazette 1876 Dezbr. pag. 632) von Eichhorst (ein bemerkenswerther Erweichungsherd in der Varolsbrücke in Folge von syphilitischer Entartung der Art. basilaris. Charité-Annalen. I. Jahr. 1876) von H. Hallopeau (Note sur un fait de thrombose basilaire. Arch. de Physiol. 1876. S. 794) von E. Leyden (Zwei Fälle von acuter Bulbärparalyse. Westph.'s Arch. Bd. VII. 1877) von C. Eisenlohr (Ueber acute Bulbär- und Ponsaffectionen (Westph.'s Arch. Bd. IX. 1879) von O. Kahler (Ueber Ataxie als Symptom von Erkrankungen des Centralnervensystems. Prag. med. Wochenschrift 1879, S. 15) von Kahler und Pick) (Beiträge zur Pathologie und path. Anatomie des centralen Nervensystems. Vierteljahrschrift f. prakt. Heilk. 1879. 2. S. 87. cf.

dies. Centralbl. 1879, pag. 514), von Senator (Apoplectische Bulbärparalyse mit wechselständiger Empfindungslähmung (Westphal's Arch. Bd. XI. 1881 cf. dies. Centralbl. 1881, pag. 277) von Leyden (Ueber die Thrombose der Basilar-Arterien. Zeitschrift f. klin. Medic. 1882. Bd. V.) und endlich von Senator (Zur Diagnostik der Herderkrankungen in der Brücke und dem verlängerten Mark. Westph.'s Arch. Bd. XIV. 1883. S. 643 cf. dies. Centralbl. 1883, pag. 355).

In diesen Fällen handelt es sich fast durchweg um arteriitische Processe, um Arteriosclerose oder Endarteriitis. Der Obturationsprocess wurde in den meisten Fällen als Thrombose aufgefasst, einige Male handelte es sich um Emboli aus dem erkrankten Herzen. Im Vordergrunde steht die bulbäre Sprach- und Schlinglähmung; Articulationsstörung durch Schwäche der Lippen-, Zungen- und Gaumenmuskulatur, Aphonie oder selbst Alalie, Schlingbeschwerden oder absolute Schlinglähmung, Schwäche der Kaumuskeln und gewöhnlich erst sub finem vitae Respirationsbeschwerden und Pulsbeschleunigung mit oder ohne Temperatursteigerung sind die hervorstechendsten Momente. Muskulatur des unteren Facialisgebietes, der Zunge; das Gaumensegel ist selten völlig gelähmt, Atrophie ist nicht angegeben, electr. Erregbarkeit einige Male verändert gefunden, wenn es sich um eine Affection des Facialis durch Zerstörung seines Kerns oder seiner Wurzelfasern handelte.

In der grossen Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Lähmung mit Schwindel ohne Bewusstseinsverlust, nur ausnahmsweise unter echtem apoplect. Insult. Zu den obigen Lähmungserscheinungen gesellt sich zuweilen Hemiplegie oder Paraplegie. Die Beziehung der Bulbärlähmung zur Extremitätenlähmung ist eine sehr variable. Kiefersperre, auf welche Joffroy ein so grosses Gewicht legt, ist mehrfach beobachtet worden. Gesetze für die Unterscheidung der Erweichungsherde im Pons von denen in der Oblongata lassen sich aus den angeführten Beobachtungen nicht ableiten. In der grossen Mehrzahl ist die *Brücke* das Terrain der Erweichungsherde. Die acute Erweichung im Pons *kann* zu Symptomen führen, die bei den Erkrankungen des verlängerten Markes absolut fehlen, z. B. zur Betheiligung der Augenmuskeln (Hemiplegia alternans sup.) zur Lähmung des Facialis etc. Die Beobachtungen Fischl's (Zur Casuistik der acuten Bulbärparalyse. Paris. med. Wochenschrift 1879, Nrö. 4 u. ff.), ein interessanter Fall von Mann Dixon (Notes on a case of pure apoplectic bulbar paralysis Brain. Juli 1884 cf. dies. Centralbl. 1884 pag. 477) sowie eine gleich folgende Beobachtung der Verf. zeigen, dass die Prognose nicht in allen Fällen absolut ungünstig ist.

Prenzel Ernst, Restaurateur, 49 Jahre alt, aufgen. den 12. Juli 1884, entl. den 16. Dezember 1884. Plötzlich bewusstlos umgesunken. Sprache *bulbär*. Keine Aphasie. Zunge fast unbeweglich, starke Parese der unteren Gesichtsmuskeln beiderseits, erhebliche Schlingbeschwerden. Kiefer fest aufeinander gepresst. Respiration nicht gestört. Gaumensegel vollständig gelähmt, Reflexerregbarkeit dort und im Rachen aufgehoben. Obere Extremitäten gelähmt, in den

unteren werden geringe Bewegungen ausgeführt. Lungenemphysem. Sensorium war frei, Kiefersperre verliert sich. Temp. Abends 39,4. Untere Extremitäten, Hände wurden nach und nach mobil. Steife Kopfhaltung, Hinterkopfschmerzen. Stimme monoton. Am 30. Aug. gähnt Pat. wieder. Langsam fortschreitende Besserung. Neigung zum Weinen ist geschwunden, statt dessen abnorme Neigung zum Lachen.

2) *Die durch Blutungen in den Pons und die Oblongata bedingte Bulbärlähmung.*

Hieher gehören die Fälle von Senac (Gaz. hebdom. 1856. 14. Novbr.), von Jüdell (Apoplexie in den Pons Varolii. Berl. klin. Wochenschrift 1872. Nro. 24), von Guéniot (Bull. de la Soc. anat. 1860), von Wilks (Labio-glosso-laryngeal paralysis. Guy's Hosp. reports XV), von Desnos (Sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance annulaire avec albuminurie et accompagnée de symptomes simulant ceux de l'urémie. L'Union méd. Févr. 1869), von Crichton Browne (Haemorrhage into the Pons Varolii. Lancet II, 1872, Nro. 30).

Die Fälle sind so unrein, dass man diese Form fast vernachlässigen könnte.

3) *Die acute Bulbärmyelitis und Poliencephalitis bulbi.*

Hierher gehört ein Fall von Leyden (Klinik der Rückenmarkskrankheiten. II. S. 157) und ein solcher von Eisenlohr (Ueber acute Bulbär- und Ponsaffectionen. Westphal's Archiv, Bd. IX. S. 39 und Bd. X S. 31), der zwar die Symptome der acuten Bulbärparalyse nicht zeigt, der aber auf *acute nucleäre Encephalitis* im Kindesalter als Entstehungsmodus dieser Krankheit hinweist.

4) *Die acute Compressionsbulbärparalyse.*

Hierher zu zählen sind die Fälle von W. Griesinger (Das Aneurysma der Basilararterie. Arch. d. Heilk. III. 1862), von H. Moeser (Beitrag zur Diagnostik der Lage und Beschaffenheit von Krankheitsherden der Medulla oblongata. Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 36).

Die Verff. fügen einen sorgfältig beobachteten Fall hinzu, bei welchem Oblongata und Brücke genau untersucht wurden. Die Figuren 1—6 der beigefügten Tafel geben Querschnitte aus den verschiedenen Höhen der Med. oblong. Wir lassen die Beobachtung mit den von den Verf. in der Ueberschrift kurz gegebenen eigenen Worten folgen:

Mann von 55 Jahren. Syphilit. Infection und Potus zugestanden. Im Jahre 1881 plötzlicher Eintritt von Lähmung des linken Gaumensegels, linken Stimmbandes und linken Accessorius mit Parästhesien in der linken Oberextremität. Bald darauf entwickelt sich Schwäche auf beiden Augen, langsam zunehmende Schwäche in den Extremitäten, Stuhl- und Harnbeschwerden, sowie psychische Veränderungen. Aufnahme 1885. Psychisch: Gedächtnissschwäche, Erregtheit und Verwirrtheit, die sich anfallsweise steigert, sich mit Sinnestäuschungen und Selbstanklage verbindet: labile Stimmung. Beiderseitige Atrophia n. opt. ex neuritide. Kopfschmerz, Parese des rechten Mundfacialis, des Gaumensegels, besonders in linker Hälfte, des linken Stimmbandes, Schling- und Respirationsbeschwerden, geringe Störung der Sprache, Heiserkeit. Parese der oberen, besonders aber

der unteren Extremitäten mit Contractur in den letzteren. Leichte Muskelatrophie an linker Oberextremität mit mässiger Herabsetzung der electr. Erregbarkeit. Anfälle von Arythmia cordis, starker Dyspnoe (einfacher Art oder Stocke'sches Athmen) von ein- bis mehrstündiger Dauer und Temperatursteigerung bis über 40⁰. Nach derselben zuweilen Zunahme der Lähmungserscheinungen. Juni 1885 Anfall von Verwirrtheit und Benommenheit, danach vorübergehend völlige Aphonie und Schwäche des rechten Armes. Im Monat Juli Anfall: Somnolenz, Nystagmus 40,6⁰. Hierauf fast complete Lähmung des rechten Armes. Inspirator. Stridor — Besserung. Steife Kopfhaltung: Beweglichkeit nach hinten activ und passiv beschränkt (Schmerzen). Fast vollständige Lähmung des linken Cucullaris und Sternocleidomastoideus, Zunge schlaff, gerunzelt, besonders in rechter Hälfte, Verringerung der faradischen Erregbarkeit (galv. Prüfung vacat). Rythmische Zuckungen des Gaumensegels. Tod am 15. Febr. 1886. Starke Atheromatose der basalen Arterien mit aneurysmatischer Erweiterung, vornehmlich der linken Vertebralis und Druckerweichung der anliegenden Partien der Oblongata (bes. linke Pyramide und Olive). Starke Ependymitis der Hirnventrikel, Erweichungsherde in den grossen Ganglien beiderseits; kleiner Blutherd im Processus cerebelli ad pontem. Neuritis et Perineuritis optica duplex. In der grauen Substanz der Medulla spinalis hie und da sclerosirte Gefässe mit Veränderungen in der Umgebung. —

Schwierig zu deuten ist im vorliegenden Falle die beiderseitige Perineuritis optica. Vielleicht handelt es sich um (durch die Schmierkur) zurückgegangene gummöse Produkte in der Umgebung des Chiasma, vielleicht auch ist die Endarteriitis als solche im Stande, eine derartige Opticuserkrankung zu begründen.

An diesen Fall reihen die Verf. eine merkwürdige Beobachtung von Meningitis gummosa in der Umgebung der Med. oblong. welche schwere bulbäre Lähmungserscheinungen im Gefolge hatte.

Grasson, aufgenommen den 7. März 1885 + den 11. März 1885. Lues vor 9 Jahren. Vor 4 Jahren Schmerzen im l. Bein und r. Arm; zunehmende Schwäche in diesen Extremitäten. Quecksilberinjectionskur führte Besserung herbei. August 1884 dieselben Erscheinungen rechtes Bein und l. Oberextremität betheiligt. Ende Januar 1885 plötzlich Zusammenschnüren im Halse. Sprach- und Schlinglähmung, Athemnoth.

Status. Rechte Pupille weiter als linke, Nystagmus, Zunge zittert stark fibrillär, weicht nach rechts ab. Häufig krächzender Stridor bei Inspiration, Exspirium laut, verlängert. Respirationsfrequenz 16. Völlige Aphonie, Uvula stark nach links herübergezogen. Sensibilität im Gesicht erhalten. Active Bewegungen der Oberextremitäten links abgeschwächt, leichte Contractur. In beiden unteren Extremitäten mässiger Grad von Muskelrigidität, Fusszittern, Steigerung der Kniephänomene beiderseits. Parese im rechten und linken Beine. Puls 108. Dyspnoe, Temperatursteigerung bis 41⁰, Pulsbeschleunigung, Exitus 11. März. Aus dem Obductionsbefund (Jürgen's: Ueber Syphilis

des Rückenmarks und seiner Häute): In der Umgebung des unteren Theiles der Med. oblong. sehr starke Verdickung der Dura spinalis, starke Verwachsung mit der Arachnoidea. Basis des Gehirns zeigt diffuse fibröse Trübung der Pia, besonders im Umfang des Chiasma opticor. Gefässwandung der A. basilaris und Aa. fossae Sylvii ziemlich stark verdickt, Pons und Med. oblong. beträchtlich abgeplattet. Pyramiden von grauen Faserzügen durchzogen, Mündung des Centralkanals im 4. Ventrikel anscheinend verschlossen, unterhalb der Pyramidenkreuzung Höhlenbildung im Mark.

5) *Die acute Bulbärlähmung ohne anatomischen Befund.*

Die einzige diesbezügliche Beobachtung ist von Westphal (Ueber einige Fälle von acuter tödtlicher Spinallähmung) mitgetheilt. Derselbe rechnet ihn zur Landry'schen Paralyse.

6) *Die durch Erkrankung der bulbären Nerven bedingte Bulbärparalyse.*

Die Existenz dieser Formen ist von Eisenlohr durch die Untersuchung eines in seiner Art einzig dastehenden Falles nachgewiesen [Neuropathol. Beobachtungen 1. Leucaemia lienalis, lymphatica et medullaris mit multiplen Gehirnnervenlähmungen. Virch. Arch. Bd. 73 (1878)].

Auch bei multipler Neuritis ist in letzter Zeit mehrfach eine Betheiligung bulbärer Nerven constatirt worden. (Kast.)

(Fortsetzung folgt.)

Goldstein (Aachen).

---

468) **Jewezki:** Ophthalmoplegia externa nach Rachendiphtherie.

(Medizinskoje Obosrenie 1887. Nro. 9 russisch.)

In der Literatur sind bis jetzt nur 2 Fälle von postdiphtherischer Ophthalmoplegia externa verzeichnet; Verf. berichtet über einen dritten.

1. *Fall.* (Uhthoff, Wien. med. Wochenschr. 1886, Nro. 13.) 10 jähriger Knabe, litt vom 1.—17. IX. 1883 an Rachendiphtherie welche eine Gaumensegellähmung hinterliess, an die sich gegen Ende des Monats Accomodationsparalyse anschloss. Am 10. X. Lähmung der äusseren Augenmuskeln, nach einigen Tagen vollständige Unbeweglichkeit beider bulbi, beiderseits leichte Ptose, Pupillen normal weit und auf Licht gut reagirend, H 2 D V = 1., Augenhintergrund normal, Accomodationsparese. Später starke Parese der Beine, Fehlen der Patellarreflexe und von Ataxie, die Sensibilität ist normal, die Muskelkraft der Arme etwas herabgesetzt. Gegen Ende October wurde die Accomodation normal, die Ophthalmoplegia externa gab sich nach Verlauf etwa eines Monats, die Beine gesundeten etwas später, die Patellarreflexe erschienen aber erst Mitte Januar 1884.

2. *Fall.* (Mendel, Neurol. Centralbl. 1885. Nro. 6.) 8 jähr. Knabe, an Rachendiphtherie vom 22. bis zum 28. September 1883 krank. Am 4. X. Gaumensegellähmung, am 2. XI. ausserdem Sehstörung und Parese aller 4 Extremitäten. Es bestand beiderseits Ptosis,

rechts Parese der Mm. rect. extern., rect. super. und infer. Lähmung des Rect. internus, links waren alle geraden Augenmuskeln vollständig gelähmt, Accomodation normal, ausserdem Parese des rechten Facialis und der Nackenmuskeln, Lähmung des Gaumensegels, Zittern der Zunge, Ataxie der Arme und Beine mit erhaltener roher Muskelkraft. Die Sensibilität ist überall erhalten, an den Beinen ist die Schmerzempfindlichkeit erhöht, die Sehnenreflexe fehlen, die Hautreflexe erhalten. P. 100. T. 38°; der Tod erfolgte am 11. XI. 10 Tage nach dem Auftreten der Lähmungen an den Augen ohne anderweitige Symptome durch Lungenlähmung. *Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns* ergab starke Ueberfüllung der kleinen Arterien und der Capillaren und zahlreiche Extravasate von den vordern Vierhügeln anfangend und bis zur Pyramidenkreuzung reichend, eine Blutaustretung fand sich im N. abducens auf seinem Pfade zum pons Varolii. Die Gefässwände waren unverändert, das Lumen nirgends verlegt, die Zellen der Kerne des III., VI. IX. und XII. Hirnnerven waren normal, im gemeinschaftlichen Oculomotoriuskern erschienen die Zellen stark vergrössert, wie aufgequollen; an den Basalnerven fanden sich deutliche Zeichen von interstitieller und parenchymatöser Neuritis mit vergrösserten Neurilemkernen, und veränderten Gehirnhäuten.

Fall 3. (Jewezki.) 8 jähriges Mädchen, am 25. XI. 1886 in der Ambulanz der Gesellschaft russischer Aerzte vorgestellt. Die stark herabgesunkenen Lider können nur mit vieler Mühe und mit Zuhilfenahme des Mm. frontales etwas gehoben werden; die Theilnahme des letzteren am Heben des oberen Lides tritt besonders deutlich hervor, wenn man bei geschlossenen Augen mit dem Finger die Haut im Bereiche des oberen Orbitalrandes andrückt, die Lider können in diesem Falle dann nicht gehoben werden. Der Kopf wird in Folge dieser unzweifelhaften doppelseitigen Lähmung des Levator palpebrae nach hinten gebeugt, um etwas sehen zu können. Die sonst normalen bulbi können in verticaler Richtung gar nicht, in horizontaler aber nur in geringem Maasse bewegt werden, die Pupillen sind eher etwas eng, auf beiden Augen E, V o. s. = $^{15}/_{20}$, o. d. = $^{15}/_{30}$, der Augenhintergrund normal, die Kranke liest die feinste Schrift auf weniger als 10 Cm. Abstand, die äusseren Grenzen des Sehfeldes sind unverändert, die Farbenempfindung ist normal. — Die Sprache ist näselnd in Folge completer Lähmung des Gaumensegels, die Uvula hängt unbeweglich herunter, die Rachenschleimhaut ist gegen Berührung unempfindlich. Das Nervensystem ist in allen anderen Beziehungen normal, Sensibilität und Sehnenreflexe normal, keine Ataxie.

Aus der *Anamnese* ergab sich, dass bei dem Kinde vor 2 Wochen leichte Halsschmerzen und Schlingbeschwerden vorhanden gewesen waren. Am 9. XI traten Kopfschmerzen auf, welche mit dem Einsetzen der Krankheitssymptome am 21. XI. verschwanden, die Sprache wurde näselnd, die Augen wurden, wie die Mutter sich ausdrückte, „schläfrig", die Ptose erschien aber erst am 23. XI. — Der Vater des Kindes war syphilitisch gewesen, dieses, zu rechter Zeit geboren, zeigte im 5. Lebensmonate irgend einen Ausschlag am Körper, war

aber später nie krank gewesen. Unter Jodkalibehandlung gesundete das Kind am 23. XII.

Die Schlussbetrachtungen des Verf. bieten nichts Originelles, sondern nur Vergleichungen mit den beiden anderen Fällen.

Hinze (St. Petersburg).

---

469) **Thomsen** (Berlin): Ein Fall von isolirter Lähmung des Blickes nach oben mit Sectionsbefund. (Arch. f. Psych. XVIII. 2. p. 616.)

Der obige klinische Defect bestand bei einem 40 jährigen Manne, dessen Krankheitsbild im Uebrigen bez. der Diagnose zwischen Paralyse und multipler Sclerose schwankte. Weil die übrigen Augenbewegungen ganz frei waren, so lag es nahe an eine „Bleilähmung" d. h. an eine Affection des gemeinsamen Centrums der Aufwärtsbewegung der Augen zu denken. (Kerngebiet des Oculomotorius.) — Dagegen ergab die Section eine *peripherische Lähmung* beider Nervenstämme, verursacht durch eine gummöse Neubildung in der Höhe des Austritts der Oculomotorii, in dem kleinen Raume zwischen Corpora mamillaria, Pons-rand und Hirnschenkeln. Dieselbe hatte den inneren Rand des Hirnschenkelfusses, und der Subst. nigra betroffen und reichte bis an den rothen Kern, den sie rechts theilweise zerstörte und links gerade noch intact liess. Der N. oculomotorius war sowohl vor wie nach seinem Austritt *rechts* hochgradig degenerirt, während die ganze Affection *links* geringgradiger sich zeigte. Besonders auffallend war also *die doppelte Thatsache*: dass die Degeneration des rechten Oculomotorius, welche fast den ganzen Querschnitt betraf, *klinisch* lediglich sich äusserte in einer ganz isolirten Lähmung des Muscul. rectus superior; und dass dieselbe Functionsstörung links vorhanden war, während hier die Entartung den Nerven nur sehr partiell betroffen hatte. Die Mi. recti super. waren beiderseits intact.

Langreuter (Eichberg).

---

470) **Martius** (Berlin): Experimentelle Untersuchungen zur Electrodiagnostik. — II. Unter welchen Bedingungen sind die bei verschiedenen Individuen gemessenen Körperwiderstände untereinander vergleichbar, untersucht mit besonderer Beziehung zu den Hautwiderständen beim Morbus Basedowii. (Arch. f. Psych. XVIII. 2. p. 601.)

Es handelt sich hauptsächlich um Nachprüfung der von Vigouroux auf der Charcot'schen Klinik angestellten Experimente welche beweisen sollten, dass bei Basedow - Kranken eine beträchtliche und constante Verringerung des electrischen Körperwiderstandes gefunden wurde. Martius konnte das Vorhandensein dieses neuen Symptomes welches ja eben wegen seiner exacten Objectivität grossen Werth haben würde, und besonders seine pathognostische Bedeutung durchaus *nicht* bestätigen; er fand vielmehr nur: dass bei seinen 4 untersuchten Fällen von Morbus Basedowii die *Leichtigkeit* mit der die Widerstandsherabsetzung bei längerer Stromapplication erfolgte (siehe die früheren Arbeiten von Martius) eine auffallende war, dass aber dieselbe Eigenthümlichkeit auch andere Individuen mit besonders zarter Haut

und sogar einige ganz gesunde normale Personen zeigten! — Bei Gelegenheit dieser Untersuchungen konnte M. als positives Resultat nachweisen: „Dass, wenn auch die *absoluten* Widerstandsminima bei verschiedenen Personen innerhalb verhältnissmässig enger Grenzen unter einander übereinstimmen, die *relativen* Widerstandsminima bei derselben Elementenzahl individuell sehr erheblichen Differenzen unterliegen.“ (Bezüglich der interessanten Untersuchungsmethoden, der in Betracht kommenden sehr wichtigen Cautelen und Fehlerquellen muss auf die Originalarbeit verwiesen werden). [Vergl. den Originalaufsatz von A. Eulenburg in dieser Nummer des Centralblattes. Redact.]

Langreuter (Eichberg).

---

371) **Leopold Kramer** (Prag): Zur Casuistik des tabischen Fusses. (Prager med. Wochenschrift 1887. 33.)

Seit den 1868 erfolgten ersten Veröffentlichungen Charcots ist der Zusammenhang zwischen gewissen Knochen-, resp. Gelenkaffectionen tabeskranker Individuen und ihren Rückenmarksleiden bekannt geworden. Wiederholte Beobachtungen anderer Autoren haben diese Anschauung zu einer unumstösslichen erhoben. Die tabische Erkrankung der Fusswurzelknochen ist im Allgemeinen selten. Unter 169 von Weiszaeker zusammengestellten tabischen Gelenkaffectionen betrafen nur 13 die Fusswurzelknochen und Devis konnte nur sechs derartige Fälle aus der Literatur beibringen, denen er drei eigener Beobachtung hinzugesellte.

Die wichtigen Momente der Symptomatologie der tabischen Arthropathien im Allgemeinen liegen in dem meist schmerzlosen und plötzlichen Auftreten bedeutender Gelenkschwellungen, an denen aber schon sehr schnell die Zeichen fortschreitender Zerstörung des Bandapparates und der Gelenkenden der betreffenden Knochen nachgewiesen werden können. Durch active und passive Bewegungen lässt sich bald Crepitation oder deutliches Krachen in den betroffenen Gelenken hervorrufen, bald folgen Luxationen.

Der Beginn der Affection soll meist in eine sehr frühe Periode der Tabes fallen, wodurch der Affection natürlich ein grosser praktischer Werth beizulegen ist. In einer Reihe von Fällen ist z. B. nur aus einer arthropatischen Erkrankung in Verbindung mit gastrischen Störungen sehr frühzeitig die Diagnose der Tabes gestellt worden. Dies frühzeitige Auftreten kann indessen keineswegs als Regel gelten; im Gegentheil, es kommt vor — und der Fall des Verf. scheint das zu beweisen — dass Gelenksveränderungen erst spät zu schon lange bestehenden schweren tabischen Symptomen hinzutreten. Gleichzeitig mit der Usur des Bandapparates und der Gelenkenden entwickelt sich an deren Oberfläche eine Knochenneubildung, die aber gegenüber dem Schwund der Knochensubstanz sehr in den Hintergrund tritt. Nur an den kleinen Fusswurzelknochen und ihren Gelenken tritt die Knochenneubildung in den Vordergrund des Krankheitsbildes und erreicht hier oft sehr hohe Grade, woraus dann jene Verunstaltung des Fusses sich ergiebt,

die Charcot und Féré als pied tabétique bezeichnet haben. Auch in klinischer Beziehung nimmt die tabische Arthropathie der kleinen Fusswurzelknochen eine etwas abgesonderte Stellung ein, indem ihr Auftreten meist weniger plötzlich sich entwickelt und indem die Grösse des serösen Ergusses anderen Gelenken gegenüber meist bedeutend zurückbleibt.

W. U., 45 Jahre, verheirathet, Maurer, hat den Feldzug 1866 mitgemacht, dabei grossen Strapazen sich ausgesetzt und hat im darauffolgenden Jahre sich syphilitisch inficirt. Schon damals klagte er über Schwächegefühl in den Beinen, an das sich mit der Zeit schiessende Schmerzen in den Beinen anschlossen. Dieser Zustand bestand in wechselnder Stärke bis 1877 fort; da traten gastrische Krisen auf, die aber nach 1 Jahre wieder verschwanden. Die Schwäche in den Beinen dagegen nahm um ein Geringes zu. 1886 Anschwellung beider Füsse mit leichten Schmerzen. Dazu kam Blasenschwäche. 1887 April 23. Aufnahme auf die Klinik (Prof. Pribram in Prag). *Status.* Kleiner Mann. Zeichen von Syphilis noch vorhanden (Drüsen). Gang atactisch; Romberg'sches Symptom deutlich; P. S. R. fehlen beiderseits. Pupillen enge, zeigen noch eine Spur von Reaction bei schnell wechselnder Beleuchtung. Sensibilität an den Unterschenkeln abgestumpft. Verlangsamte Empfindungsleitung. Die Füsse zeigten eine auffällige Verunstaltung, welche einerseits durch ein buckelartiges Vorspringen des Rückens und der Innenseite desselben, andererseits durch ein ganz beträchtliches Vorgewölbtsein der Fusssohlen verursacht wurde. Diese Buckel, welche jedoch rechts etwas stärker als links ausgebildet waren, waren von durchaus normaler Haut bedeckt. Die Sehnen der Zehenstrecker, welche man sehr deutlich durch die Haut durchfühlen konnte, liessen eine grobhöckerige Oberfläche erkennen, und boten ausserdem die Consistenz eines sehr fest gefügten Knochens dar. Ihrer Localität nach entsprachen sie beiderseits dem Kahn-, dem Würfel-, den 3 Keilbeinen, den Articulationen dieser Knochen untereinander und mit den Metatarsalknochen. Sie schmerzten weder spontan, noch auf Druck. Sie belästigten den Patienten dadurch, dass er bei Gehversuchen nicht im Stande war, die Fusssohle platt auf den Boden zu setzen, dass dies vielmehr immer nur in der Weise möglich war, dass der Fuss entweder auf die vordere oder die hintere Hälfte seiner Sohle aufgesetzt wurde, wobei sich ausserdem ein Hin- und Herkippen der letzteren einstellte, das den ohnehin schon schwankenden Gang nur noch mehr erschwerte. Die grossen buckelartigen Vorsprünge auf den Sohlen erklärten diese Erscheinung. Bewegungsversuche blieben auch nach Anwendung beträchtlicher Kraft ohne Erfolg. Reibegeräusche waren nicht nachweisbar.

Arthritis deformans wird vom Verf. ausgeschlossen, weil sich die beschriebene Affectionen nicht an einen acuten Gelenkrheumatismus oder an eine Gonorrhoe anschloss, weil nie Schmerzen vorhanden waren und endlich wegen der Localisation. Die absolute Erfolglosigkeit einer Inunctions- und Jodkaliumcur sprach auch gegen die Annahme einer Arthritis deform. auf syph. Boden.

Bemerkenswerth dürfte ausser der Thatsache, dass die Knochenaffection im Spätstadium der Tabes aufgetreten ist, noch das Moment sein, dass der Pat. ein Maurer war, der berufsmässig viele Stunden des Tages auf einer Leiter stehen musste. An dieses lange Stehen auf der Leiter schloss sich zuerst die Anschwellung der Füsse. Es handelt sich also um eine Art von *Trauma*, worauf schon Volkmann gegenüber Charcot früher bei Besprechung der Aetiologie der tabischen Arthropathien hingewiesen hat. Erlenmeyer.

472) **E. Remak** (Berlin): Ueber neuritische Muskelatrophie bei Tabes dorsalis. (Berl. Klin. Wochenschr. Nro. 26 1887.)

Sonnemann, 39 Jahre alt, Cigarrenarbeiter, wurde am 12. Januar d. J. in der Poliklinik des Verf.'s aufgenommen. Syph. Infection in Abrede gestellt, obgleich 1878—1880 als Krankenwärter mit Einreibung syph. Kranker vielfach beschäftigt gewesen. Seit 6 Jahren lancinirende andauernde Schmerzen in Armen und Beinen, seit 9 Monaten ist er unsicher auf den Beinen. Im Januar vorigen Jahres gastrische Krisen. Bewegungsstörung der drei ersten Finger rechts, seit 3 Wochen allmählich aufgetreten, nöthigte ihn, die Arbeit einzustellen. Untersuchung ergibt deutlich tabischen Gang, Umfallen bei geschlossenen Augen; Unterexteemitäten zeigen sehr erhebliche Ataxie und Sensibilitätsstörungen, Lagegefühl stark beeinträchtigt, Druckgefühl herabgesetzt. Schmerzempfindung fällt aus oder ist oft um 4 Sekunden verlangsamt. Fehlen des Kniphänomens, reflector. Pupillenstarre. Rechts besteht auffällige Abmagerung des Daumenballens im Bereich des Abductor brevis und Opponens pollicis. Keine Klauenstellung der Finger. Hyperextension des Daumengliedes, sowie Opposition des Daumens gegen die Vola manus unmöglich. Der lediglich auf das Handgebiet des N. medianus beschränkten Läsion entspricht auch das Verhalten der Sensibilität und der electr. Erregbarkeit. Erstere ist nicht erheblich gestört; Gegenstände werden ziemlich richtig durch das Gefühl taxirt, Schmerzempfindung ist vermindert. Keine Ataxie beim Zufassen. Während der linke Medianus über dem Handgelenke bei 97 Mm. faradisch und 3 M. A. galvanisch anspricht, ist rechts auch bei 50 Mm. oder mittelst stärkster galvan. Ströme keine deutliche Wirkung in den Daumenmuskeln, zu erzielen. Auch directe Erregbarkeit der vom N. medianus vorsorgten Daumenballenmuskeln ist für beide Stromesarten auf ein Minimum reducirt und erst für starke galv. Ströme von 10. M. A. mit träger Contraction als EaR nachweisbar.

Der Befund der rechten Hand deutet auf eine peripherische Degeneration des rechten n. medianus, deren Ausgangspunkt auch höher im Oberarm statt haben kann. Anatomische und klinische Erfahrungen der Tabespathologie liegen zur Genüge vor, um die vorliegende degenerative Medianusneuritis bei einer seit längerer Zeit bestehenden Tabes verständlich zu machen. Auf Ueberanstrengung allein, bedingt durch die Beschäftigung als Cigarrenarbeiter möchte Verf. die Medianusneuritis nicht zurückführen, wenngleich dieselbe ein wichtiges occasionelles Moment für die Entstehung von Muskelatrophie darbietet.

Goldstein (Aachen).

473) **H. Oppenheim** und **E. Siemerling** (Berlin): Beiträge zur Pathologie der Tabes dorsalis und der peripherischen Nervenerkrankung. (Arch. f. Psychiat. XVIII. 1. und 2. Heft pp. 98 und 487.)

Die Arbeit behandelt die Beziehung der peripherischen Nervenerkrankungen zur Tabes dorsalis und das Auftreten der ersteren als *selbstständigen Prozess* im Verlauf von cachectischen Zuständen: Tuberculose, Inanition, Marasmus, Senium, Alkoholismus, Bleiintoxication, Typhus, Diphtheritis, Carcinomatose, Syphilis etc. In Ausführung des am 10. Mai 1886 in der Berl. Gesellsch. für Psych. und Nervenkrkht. gehaltenen und resümirenden Vortrages werden als Beläge 46 Fälle mehr oder weniger ausführlich veröffentlicht, und detaillirende Besprechungen hinzugefügt. — Die Resultate der sehr eingehenden Untersuchungen finden sich — als Referat des obenbezeichneten Vortrages — im Jahrgang 1886 dieses Centralbl. p. 331 so ausführlich wiedergegeben, dass an dieser Stelle auf weitere Besprechung verzichtet werden kann. Langreuter (Eichberg).

---

474) **Paul Berbez** (Paris): L'hystéro-traumatisme. (Traumatische Hysterie.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 95.)

Das weibliche Geschlecht sowohl wie das männliche kann das Opfer der in der Ueberschrift näher bezeichneten Krankheit werden, deren Symptome jedoch in letzterem Falle länger andauern und weniger wechseln.

Immer nur sind es neuropathisch beanlagte Individuen, welche mit Vorliebe im Alter von 20—30 Jahren heimgesucht werden.

Dieses Leiden manifestirt sich ausser den pathognomonischen Zeichen der Hysterie durch Paralyse, die entweder eine vollkommene Erschlaffung der betheiligten Muskeln oder aber eine Starrheit und abnorme habituelle Zusammenziehung derselben kennzeichnet.

Bei der ersteren Form, der häufigsten, macht sich der in Rede stehende Prozess in der Regel zwei oder drei Tage nach der Einwirkung des Traumas bemerkbar und erstreckt sich bald auf die ganze Gliedmasse bald nur auf einen Theil derselben.

Während sich dabei die Sehnenreflexe und die electrische Reaction durchaus intact verhalten, bestehen neben Motilitätsstörungen Kälte der Haut, Anästhesie derselben und der darunter gelegenen Theile und Muskelatrophie.

Sich selbst überlassen, kann diese Lähmung Monate und selbst Jahre in demselben Zustande verharren, bis sie plötzlich oder in einigen Tagen verschwindet.

Geht sie, wie dies nicht selten geschieht, in die zweite Form über, so kündigen dies vorher erhöhte Sehnenreflexe, Spasmen oder Muskelcontractionen an.

Letzterer Form, sonst in allen Stücken der ersteren gleich, geht immer längere oder kürzere Zeit bis zum Beginn der Contractur, die eine besondere Neigung hat, das afficirte Gelenk in Flexion zu versetzen, Muskelschwäche voraus.

Man kann diese Folgezustände als Emotionsparalysen auffassen und sich die Entstehung derselben in folgender Weise vorstellen:

Bei völliger Integrität des motorischen Apparats fehlt der Willensimpuls in Folge einer Störung des Denkvermögens, die in der fraglichen Noxe resp. in dem dadurch hervorgerufenen Schreck ihren Grund hat, und die das Gefühl erregt, als wenn die verletzte Extremität fehlte, ein Gefühl, von dem sich ein Individuum mit gesundem Gehirn bald loszusagen weiss, nicht aber, wenn das Gegentheil der Fall ist. Pauli (Köln).

---

475) **Gilles de la Tourette:** James Jackson et les paralysies alcoholiques. (Charcot's Arch. Vol. VIII. Nro. 39.)

Bisher galt **Magnus Huss** als der Entdecker der Lähmungen in Folge von habituellem Alcoholmissbrauch. Verf. übersetzt, aufmerksam gemacht durch eine Notiz von Dreschfeld im „Brain" eine Arbeit aus dem „New England Journal of Medicine and Surgery" vom Jahre 1822, in welcher ein Prof. James Jackson unter dem Namen „arthrodynia a potu" die characteristische Symptomatologie dieser Lähmungen beschreibt; namentlich betont dieser jetzt als Entdecker der Krankheit zu bezeichnende Beobachter den Beginn mit Schmerzen in den Füssen, die Contracturen der Finger und Zehen in Folge des Ueberwiegens der Flexorenwirkung und das eigenartige Aussehen der Haut. G. de la T. erwähnt in einigen kritischen Nachbemerkungen, dass demselben die von Broadbent beschriebene acute Form der Entstehung und die Pseudarthrosen in Folge von periarticulärer Bindegewebswucherung, auf welche Charcot aufmerksam gemacht hat, entgangen sind.. Leppmann (Breslau).

---

476) **Mairet et Combemale:** De l'emploi de l'acétophenone (Hypnon) en aliénation mentale. (Charcot's Arch. Vol. XIII. Nro. 37.)

Die Verf. haben das von Dujardin-Beaumetz und Bardet als Schlafmittel empfohlene Acetophenon in ungefähr 30 Fällen bei verschiedenen klinischen Formen von Geistesstörung, die mit Schlaflosigkeit und motorischer Erregtheit einhergingen, versucht. Sie gelangen in Bezug auf die schlafmachende Wirkung zu ähnlichen *negativen* Resultaten wie Rottenbiller, constatiren aber bei Tagesdosen von 0,15—0,45 eine Abnahme des Bewegungsdranges. Diese erklären sie auf Grund ihrer Thierversuche durch den Eintritt einer lähmungsartigen Muskelschwäche in Folge toxischer Beeinflussung der motorischen Centren. Die beiden einzigen Fälle, in denen Schlaf erfolgte, führen sie auf günstige Beeinflussung hallucinatorisch verwertheter Schmerzeindrücke bei einem magenleidenden und einem phthisischen Geisteskranken zurück.

Schon nach wenigen Gaben nahm in allen Fällen das Körpergewicht merklich ab; der Thierversuch bewies ausserdem Abnahme des Hämoglobins im Blut. Leppmann (Breslau).

---

477) **E. Neumann:** Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite a frigore. (Charcot's Arch. Vol. XII. Nro. 40.)

Verf. stellt aus sämmtlichen Fällen von peripherer Facialisparalyse, welche er in einem sechsjährigen Zeitraum beobachtet hat, diejenigen zusammen, bei denen in Folge Ausschluss anderer Ursachen (Trauma, Syphilis) die Diagnose auf rheumatische Lähmung lauten sollte. Bei den 12 Fällen dieser Categorie, bei welchen er überhaupt Erkundigungen über die Ascendenz einziehen konnte, fanden sich abgesehen von Neuropathien bei den Seitenverwandten, seelische und nervöse Störungen bei den Eltern und zuweilen bei den Grosseltern; die übrigen fünf zeigten meist von Jugend auf jedenfalls zwar vor Eintritt des Leidens nervöse Beschwerden manichfacher Art. Erwähnenswerth ist besonders eine Beobachtung, wo drei Geschwister, welche aus stark belasteter Familie stammten, von dem Leiden befallen waren Er kommt in Folge dessen zu dem Schlusse: wesentlich zum Zustandekommen der Krankheit sei eine auf *erblicher Belastung* beruhende *allgemeine nervöse Diathese;* die Erkältung sei eine öftere aber *nicht nothwendige Gelegenheitsursache.* Leppman (Breslau).

478) **J. Séglas:** La paranoia. Délires systhématisés et degenerescenses mentales. Historique et critique. (Charcot's Arch. Vol. XIII. Nro. 37, 38, 39.)

Eine compilatorische Arbeit, welche jedoch einer besonderen Erwähnung verdient, da sie in ihrer Art wohl die erste erschöpfende mit kritischer Sichtung geordnete Uebersicht über alle die Arbeiten giebt, welche die klinische Form „Verrücktheit" im modernen Sinne schufen. Das Wort „Paranoia" gebraucht, wie S. ausführt zuerst Vogel im Jahre 1764. Ellinger spricht bereits 1845 von einer primitiven Verrücktheit, ohne sie jedoch zu beschreiben. In Snell erkennt Verf. den Schöpfer des klinischen Bildes der primären Verrücktheit an; er betont ferner die Verdienste Westphal's und Sander's, welche die acute primäre resp. die originäre Form abgrenzten. Ebenso referirt er ausführlich über die italienischen Arbeiten namentlich über die von Buccola, von Riva und Tanzi und schliesslich noch über einige russische und französische. Die meisten Veröffentlichungen aus dem Jahre 1886 sind bereits berücksichtigt.

Leppmann (Breslau).

479) **C. v. Noorden** (Giesen): Klinische Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geisteskranken. (Arch. f. Psych. XVIII. 2. p. 547.)

Die vorstehende Arbeit ist ausserordentlich beachtenswerth, da sie einmal sehr mit den bisher gängigen Anschauungen über die gastrischen Störungen der Melancholiker (um diese handelt es sich hier zunächst) contrastirt, und da sie ferner, wenn ihre Resultate künftig von practischen Psychiatern beachtet und klinisch weiter verfolgt werden, weittragende Folgen für die Auffassung des Zusammenhanges der Digestionsstörungen mit Psychosen und für therapeutische Maassnahmen

haben kann. — Die Patienten (Melancholiker) wurden auf der Höhe der Verdauung einer gewöhnlichen gemischten Mittagsmahlzeit ausgehebert, d. i. 5—6 Stunden nach dem Essen, zur Zeit der höchsten Acidität des Mageninhaltes. (0,15—0,23% Cl. H.). Das Filtrat des unverdünnten Mageninhaltes wurde untersucht auf Gesammtacidität auf freie Salzsäure, auf Milchsäure und auf die peptische Kraft Hühner-Eiweiss- scheibchen gegenüber im Brütofen. Das Resultat aus 12 genau mitgetheilten Fällen ist folgendes:

1. Die Entleerung des Magens nach Einführung der aus gemischter Kost bestehenden Hauptmahlzeit ist beschleunigt.

2. Die *Gesammtacidität* ist während der Verdauung so *hoch*, wie nur ausnahmsweise beim gesunden Menschen beobachtet wird. Sie ist fast nur durch freie Salzsäure bedingt. Organische Säuren sind nur ausnahmsweise anwesend.

3. Die *peptische Kraft* des Magens ist dem Fleisch gegenüber *erhöht*, den Eiweissscheibchen gegenüber normal.

4. eine continuirliche Hypersecretion von Magensaft (d. h. bei bereits leerem Magen) ist nicht vorhanden.

5. *Dilatation* des Magens wurde in *keinem* Falle gefunden.

Der Autor nimmt an „dass die abnorm starke Salzsäuresecretion bei den Melancholischen einzig und allein veranlasst wird durch eine von centralen Abschnitten des Nervensystems ausgehende und in den anatomisch zwar nicht erwiesenen, physiologisch aber nothwendigen Bahnen secretorischer Nerven einherschreitende Erregung“. („*Secretionsneurose*“.)

Was die Anwendung dieser Ergebnisse auf die practische *Therapie* bei Melancholischen anbetrifft, so räth von Noorden zunächst von der bisher vielfach beliebten Darreichung von Salzsäure und Pepsin ab, da sie ja in genügenden Mengen vorhanden sind. Ferner wären die die Hypersecretion befördernden reizenden Speisen zu meiden. Dagegen könnten bei hervortretenden Säurebeschwerden Alkalien gereicht werden. Wegen der gesteigerten Verdauungsfähigkeit für Eiweisskörper können natürlich solche in besonderer Menge den Kranken gegeben werden. Langreuter (Eichberg).

---

480) **Senator** (Berlin): Ueber einen Fall von sogenannter Schlafsucht mit Inanition. (Charité-Annalen XII. Jahrgang 1887.)

Caroline P., 54 Jahre alt, Kindermagd, unverheirathet, wurde am 25. Sept. 1886 aufgenommen. Am 4. October wird Pat. 8½ Uhr a. m. schafend vorgefunden. Durch Anrufen, Rütteln und dergl. nicht zu erwecken. Liegt mit geschlossenen Augen, blinzelt ab und zu mit den Lidern; auf Stechen der Fusssohlen erfolgen Reflexbewegungen, Patellarreflexe vorhanden. Wird das linke Auge geöffnet, so bleibt das Lid geöffnet stehen (der rechte Augapfel ist geschrumpft) Pupille ist mittelweit, reagirt auf Lichteinfall. Zustand dauert fast ununterbrochen bis 13. October, trinkt Nachts zuweilen Wasser. Beim Erwachen weiss sie vom schlummersüchtigen Zustand nichts. Isst mit Appetit. Am 14. verfällt sie in denselben Zustand, Somnolenz noch

tiefer. Dauer bis 30. November Reflexbewegungen werden schwächer. Auf Berührung der Conjunctiva zuckten die Augenlider immer ein wenig, ebenso blinzelten die Augenlider (bei passiv geöffnetem Auge) wenn man gegen das Auge losfuhr. Die Ernährung machte grosse Schwierigkeiten. Beim Erwachen Klage über grosse Schwäche. Erzählung von religiösen Wahnideen, die jedoch wieder schwanden. Am 16. Dezember subacute Peritonitis. Später noch schlummersüchtige Zustände von kurzer Dauer. Ende Februar besteht noch Parese beider Beine mit Paraesthesien in ihnen. In der Zeit der vollständigen Inanition (15.—29. November) wurde Urin untersucht. Harnstoff auf ein Drittel des Normalen gesunken, ebenso Gehalt an Chlor. Verhältniss der Phosphorsäure des Harns zum Stickstoffgehalt 1:9 und 1:4,7, während in der Norm (Zülzer) 1:5 bis 1:6. Indicangehalt schwand fast gänzlich.

Pat. lag, wie das Blinzeln beweisst, nicht in wirklichem Schlaf. Solche anfallsweisen *schlafähnlichen* Zustände sind nicht selten bei Geisteskranken und Epileptischen. Da aber beides nicht beobachtet worden, so möchte Verf. namentlich im Hinblick auf die Paraparese der Beine ohne Atrophie, ohne Contracturen, ohne Veränderung der elektr. Erregbarkeit, mit geringer Herabsetzung der cutanen, stärkerer der Sehnenreflexe, ferner mit Rücksicht auf die Analgesie bei stark ausgesprochenen Parästhesien sich für Hysterie entscheiden. Aus der neueren Literatur zieht Verf. heran: C. L. Dana, Laufenauer und Foot. Letzterer schlägt den Namen *Hypnolepsie* vor. Westphal sprach bei einer Vorstellung des Falles die Vermuthung aus, dass es sich wohl um Geisteskrankheit handele und Siemerling erklärte ihn auf Grund der Untersuchung für Paranoia chronica.

Goldstein (Aachen).

---

480) **W. W. Ireland:** The Blot upon the brain. Studies in History and Psychology. Edingburgh 1886. (Herrschermacht und Geisteskrankheit.) (Autorisirte Uebersetzung. Stuttgart. 1887. R. Lutz. 139 S.)

Eine fliessende und elegante deutsche Uebersetzung von Capitel 4 und 5 des englischen Originals, mit einem im Original nicht vorhandenen, nach einem Journalaufsatz Irelands und anderen Quellen gearbeiteten Anhang über König Ludwig II. von Bayern. Der — leider ungenannte — Bearbeiter hat die interessanten Capitel des Buchs von Ireland ausgewählt. Sie behandeln die Bedeutung der absoluten Herrschermacht für die psychische Entwickelung im Allgemeinen, die hereditäre Neurose der Julisch-Claudischen Herrscherfamilie eines indischen Gross-Moghul, der spanischen Herrscher seit Ferdinand von Arragonien bis auf das Erlöschen der Habsburger Dynastie, Ivans des Schrecklichen und der Romanows.

Für die römischen Kaiser aus der Familie des Augustus haben wir ja in Deutschland das ausgezeichnete Buch von Wiedemeister; J. führt die psychiatrische Begutachtung aber auch für Drusus, Julia, Messalina und Agrippina durch, und es zeigt sich in der That von den Söhnen bis zu den Urenkeln des Augustus der von moralischem

Irresein zu vollkommener Idiotie fortschreitende Climax. Die Analyse der einzelnen Fälle ist kurz, scharf und treffend. Die charakteristischen Züge der „Psychose der Despotenmacht" — künstlerischer Dilettantismus, Bausucht, Blutdurst, Wollust und sexuelle Perversität, Verfolgungswahnsinn und schliesslicher Blödsinn, finden sich nun in derselben ausgeprägten Form bei allen andern von Ireland untersuchten Herrscherfamilien, wie sie sich in naiver Ursprünglichkeit als natürliche und selbstverständliche Attribute der Herrschermacht bei den Fürsten der Zulu, in Dahomey und im übrigen Afrika finden.

Diese Thatsache der vergleichenden Despotologie scheint denn doch darauf hinzudeuten, dass die fragliche Psychose sich rein psychologisch erklären lässt, um in der zweiten Generation in ererbten psychopathischen Zuständen aufzutreten. Der Fortfall aller Hemmung gegenüber der Genusssucht und Grausamkeit, deren Keime jeder Mensch in sich trägt, das Schwelgen in Selbstvergötterung, Bedrückung und Unfehlbarkeit, das sind doch auch physiologisch wirksame Factoren, deren Bedeutung für das Gehirn nicht einfach deswegen geleugnet werden darf, weil wir deren Einfluss psychologisch, d. h. vom Standpunkt der Selbstbeobachtung aus, begreifen können.

Das englische Original erörtert auch noch eine Reihe anderer historischer Persönlichkeiten, die das besessen zu haben scheinen, was I. „the blot upon the brain", d. h. eine gewisse psychopathische Beanlagung hatten. Ganz besonders häufig scheint dieselbe in der Form mehr oder weniger vorübergehend auftretender Gesichts- und Gehörshallucinationen bei genial veranlagten Naturen aufgetreten zu sein, die ganz in der Sphäre religiöser Vorstellungen und Stimmungen aufgingen. I. bespricht in sehr interessanter Weise Jeanne d'Arc, Luther, den heiligen Franz Xaver, Swedenborg und die Hallucinationen Muhammeds. Daran knüpft er die Besprechung hallucinatorischer Processe überhaupt und die einzelner physio-psychologischer Probleme, die Bedeutung der doppelten Hemisphärenfunction, die Beziehung zwischen Sprechen und Denken, u. a. m.

Uebersetzung und Original können beide nur dringend empfohlen werden, und eignen sich ganz besonders dazu, Interesse und Verständniss für die Psychiatrie auch in den Kreisen höher gebildeter Laien zu wecken. Kurella (Owinsk).

---

482) **Aug. Forel** (Zürich): Einige therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus (Braidismus) bei Geisteskranken. (Correspondenzblatt für Schw. Aerzte. 1887. 16.)

Die hochbedeutsame Arbeit verdient unverkürzt wiedergegeben zu werden. „James Braid ist der Entdecker der Suggestions- oder Eingebungsmethode. Ohne die Erfolge vieler nachfolgender Experimentatoren, wie Durand de Gros, Azam, Heidenhain, Charcot, Ladame, Richet, Beaunis etc. irgendwie schmälern zu wollen, muss man doch anerkennen, dass zweifellos das Verdienst eines klaren Verständnisses und zugleich einer ausgiebigen und einfachen praktischen therapeutischen Anwendung des Braidismus dem

Herrn Dr. Liébeault in Nancy gebührt. In seinem vorzüglichen, ideenreichen Buch: „Du sommeil et des états analogues etc. Paris et Nancy, 1866" zeigt Liébeault, dass der Kernpunkt des Braidismus in der von Durand de Gros schon angewendeten Eingebung des Schlafgedankens liegt, und dass die Hypnose nur eine Modification des normalen Schlafes ist, bei welcher die Träume des Schlafenden von einem Andern dirigirt (eingegeben) werden. Die therapeutische Methode Liébeault's besteht in der lauten Eingebung von Träumen, welche das Verschwinden des Krankheitssymptomes drastisch darstellen. Es ist aber ferner das Verdienst Bernheim's in Nancy, durch seine meisterhaft klare und nüchterne Darstellung der Thatsachen, durch seine scharfe Kritik, durch sinnreiche Experimente und Ergänzungen Liébeault's die 20 Jahre unbeachtet gebliebene Liébeault'sche Methode in kurzer Zeit zur allgemeinen Kenntniss und zu vielfacher Anerkennung gebracht zu haben (Bernheim: De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Paris 1886). —

Ich verweise für alle Details auf diese Bücher und sage nur, dass L. und B. 80 bis 90 Procent der normalen Menschen im Durchschnitt in leichtere oder tiefere Hypnose versetzen, wodurch die Behauptung, dass nur Hysterische oder Neurastheniker hypnotisirt werden können, völlig widerlegt wird. Liébeault hat z. B. 1011 Personen im Jahre 1880 allein hypnotisirt, und wir müssen solchen Versuchsreihen einen ganz andern Werth beimessen, als den Versuchen, welche von Charcot und seiner Schule an einer geringen Zahl in der Hypnose eingeschulter Hysteriker vorgenommen werden.

Inwieweit die Rechte des Mesmerismus, der Wirkung der Magnete und einer geheimnissvollen Strömung aus einem menschlichen Körper in den andern etc. begründet sind, ist eine Frage, welche noch einer gründlichen methodischen Prüfung bedarf. Wir wollen dieselbe hier nicht berühren. —

Die Lectüre des Buches Bernheim's bewog mich, mit meinem Freund, Herrn Dr. Stoll aus Zürich, nach Nancy zu reisen, wo wir vom Verfasser, der Director einer Hälfte der medicinischen Klinik in Nancy ist, auf das Freundlichste und Zuvorkommenste empfangen wurden. Was wir dort in fünf Tagen sahen, übertraf weitaus alle unsere Erwartungen und es ist mir eine angenehme Pflicht, dem unermüdlichen Collegen Bernheim, der uns täglich über zwei Stunden widmete und uns die grösste Zahl seiner hypnotischen Experimente, zum Theil von glänzendem therapeutischem Erfolge begleitet, vordemonstrirte, unsern wärmsten Dank hier öffentlich auszusprechen.

Von capitalem Werth in der Therapie ist die *posthypnotische Wirkung der Eingebungen*, das heisst die Thatsache, dass ein im Schlaf energisch und wiederholt eingegebener Traum eine oft dauernde und bedeutende Nachwirkung auf die Phantasie, auf die ganze Seele, ja auf das ganze Nervensystem des Hypnotisirten nach seinem Erwachen haben kann und in der Regel hat, ohne dass er sich dessen bewusst ist.

Functionell gehemmte oder gelähmte Nerventhätigkeiten (Muskellähmungen, Anæsthesien, Retentio urinae etc.) werden auf diese Weise wieder restituirt. Ja es haben schon Liébeault und Andere Taubstumme zum Hören gebracht!

Umgekehrt werden auch Reizzustände gehemmt (Enuresis nocturna, heftige Träume, Convulsionen). Der Schlafende träumt intensiv, er hallucinirt eigentlich die Restitution oder die Hemmung und nun tritt das Geträumte ein und bleibt vielfach nach dem Erwachen bestehen. Auf ähnliche Weise kann die ganze Anschauungsweise, können der Glaube, der Wille etc. eines Menschen nicht nur während der Hypnose, sondern post-hypnotisch beeinflusst, ja total geändert werden. Die Criminal-Eingebungen, die Suggestions à échéances, die post-hypnotischen Hallucinationen, die Eingebungen beim Wachen (bei Menschen mit natürlich wenig oder kaum zu corrigirender Phantasie allein möglich) will ich hier nur angedeutet haben; wir haben sie alle in Nancy gesehen.

Vor dem 15. März 1887 war es mir trotz vieler Versuche mit dem glänzenden Knopf nur ein einziges Mal gelungen, Jemanden (eine hysterische Wärterin) zu hypnotisiren, und zwar nicht ohne unangenehme Zufälle dadurch zu provociren. — Vom 20. März bis heute, also in 2½ Monaten, habe ich bei 41 Personen die hypnotische Eingebung versucht. Davon misslang sie nur 14 Mal vollständig, während 27 Fälle beeinflusst wurden. Dieser Vergleich dürfte genügen, um den Vorzug der Nancy'schen Methode darzuthun.

Bis vor Kurzem galten die Geisteskranken für nicht hypnotisabel, obwohl schon Braid von einigen Heilungen bei Monomanien, und Liébeault von einer frischen (8tägigen) durch zweimalige Hypnose und Suggestion geheilten Manie berichten.

In den letzten Jahren hat Voisin in Paris eine Reihe von Heilungen, besonders bei Manien, erzielt, und auch Flechsig hat Aehnliches berichtet. Die folgende Zusammenstellung dürfte wohl Interesse bieten, da sogar Liébeault und Bernheim die ausserordentliche Schwierigkeit, Geisteskranke zu hypnotisiren, betonen. Ich füge hinzu, dass ein Schüler Charcot's kurz vorher unsere Patienten der Männerseite auf Hypnotisationsfähigkeit mit dem sogen. Hypnoscop Ochorowitz's geprüft hatte und *alle* mit einer einzigen Ausnahme unempfänglich gefunden hatte. Dieser Ausnahmsfall, (ein spontaner Somnambül) wurde aber bald entlassen, so dass ich ihn nicht hypnotisiren konnte, während ich seither eine Reihe der angeblich Unempfänglichen mit Leichtigkeit hypnotisirt habe. —

Versucht wurde bei 41 Personen (21 M., 20 F.). Der Erfolg war bei 14 (6 M., 8 F.) völlig null, bei 6 (2 M., 4 F.) trat eine unzweideutige suggestive Beeinflussung ein, jedoch ohne Catalepsie und ohne eigentlichen Schlaf (nur Schlummer). Bei 3 (1 M., 2 F.) trat der Zustand der sogen. „Hypotaxie" (charme) ein, d. h. Catalepsie durch Eingebung (Unmöglichkeit, den Arm zu senken, die Augen zu öffnen etc.), aber der Beeinflusste meinte nicht geschlafen zu haben, weil er sich nachher genau an Alles erinnerte. Tiefer Schlaf mit

totaler Amnesie; aber ohne vollständige Catalepsie, trat bei einem Jüngling ein. Ordentlicher Schlaf mit Amnesie und Catalepsie, doch ohne Befolgung der Befehle im Schlaf, trat bei 8 Persooen (3 M. und 5 F.) ein. Endlich erwiesen sich 9 (8 M., 1 F.) als gute Somnambülen, darunter zwei beständig hallucinirende schwer Geisteskranke und ein leicht maniacalisch aufgeregter Schwachsinniger. Nicht bei allen trat der vollständig hypnotische Schlaf bei der ersten Sitzung ein.

Es sei mir eine kurze Zusammenstellung dieser Fälle erlaubt. Ich bemerke aber im Voraus, dass ich bei verwirrten, sehr aufgeregten oder ganz blöden Geisteskranken den fast aussichtslosen Versuch des Hypnotismus nicht gemacht habe. Es wurde durchaus nichts von schlimmen Nachwirkungen des Hypnotismus bemerkt.

1. Gruppe. Geistig Gesunde.

1. Ein sehr intelligentes Mädchen von 39 Jahren leidet an heftigen Schmerzen zur Zeit der Menses, an schweren Träumen und schlechtem Schlaf. Es gelingt nur eine leichte Beeinflussung: Somnolenz und grosse Schwere der Augenlider. Dennoch gelingt die Eingebung und nach jeder Hypnose Abends vor dem Schlaf erfolgt eine traumlose Nacht. Ebenso hören die Mensesschmerzen nach der Hypnose auf.

2. 50jährige Person mit hysterischen Beschwerden, früher melancholisch gewesen. Es gelingt nur, sie in den Zustand der Hypotaxie zu versetzen. Die hysterischen Beschwerden und die Schaflosigkeit werden zum Theil durch Eingebung gehoben, kommen aber zum Theil nachher wieder. Erfolg unvollständig.

3. Wärter mit traumatischer Erschütterung des Labyrinthes durch eine erlittene Ohrfeige. Kann nicht hypnotisirt werden.

2. Intoxicationen des Centralnervensystems.

4., 5., 6., 7. Vier Männer von 30—40 Jahren im Zustand des Alcoholismus chronicus nach überstandenem Delirium tremens. Drei davon gehörten zu den renitentesten Patienten, schimpften über alles, verhetzten andere Kranke und versprachen, sich nach ihrer Entlassung über die in der Anstalt erzwungene Abstinenz zu entschädigen. Alle vier wurden sofort leicht hypnotisirt. Bei dreien trat bereits nach der ersten Eingebung eine Aenderung des Wesens ein; die Kranken wurden still und ernst; nur der eine (Nr. 7) blieb, trotz gutem Somnambülismus, einige Tage lang renitent. Die Eingebungen bestanden darin, dass während des hypnotischen Schlafes den Kranken energisch erklärt wurde, sie würden sich völlig ändern, ernst, anständig und reuig werden, einen Abscheu vor den geistigen Getränken bekommen und abstinent werden und bleiben, ja freiwillig den Eintritt in den bisher bespöttelten Mässigkeitsverein verlangen.

Alle vier Kranke wurden bald zu guten Somnambülen. Schon nach der zweiten Sitzung (sie wurden regelmässig täglich ein Mal hypnotisirt), sagte Nr. 4 spontan zu mir: „Herr Director! schon gestern den ganzen Tag habe ich daran gedacht; ich sehe ein, dass ich gefehlt habe und wünsche nun in den Mässigkeitsverein einzutreten.“ Und am andern Tage trat er thatsächlich ein.

Nach kurzer Zeit konnte ich den drei ersten Kranken freien Ausgang geben. Sie kamen regelmässig pünktlich und völlig nüchtern in die Anstalt zurück, traten (alle drei) freiwillig in den Mässigkeitsverein ein, dessen Sitzungen sie, wie ich indirect erfuhr, regelmässig besuchten. Sie waren in ihrem Wesen völlig verändert, anständig, ernst, äusserst fleissig. Sie suchten dann Arbeit und wurden entlassen. Ob sie sich seitdem *vollständig* gehalten haben, ist nicht ganz sicher, bei einem Fall sogar zweifelhaft. Jedenfalls aber ist ihre äussere Haltung bisher ganz gut. Zwei derselben kamen freiwillig wieder in die Anstalt auf Besuch. Fall 4 litt zudem an alcoholischer Eifersucht gegen seine Frau, welche durch Eingebung förmlich weghypnotisirt wurde. Er litt ferner seit Monaten an einer bedeutenden traumatischen Parese der Musculatur des rechten Vorderarmes (in Folge Hebens eines schweren Steines; der Arm war früher gebrochen gewesen), gegen welche umsonst Verschiedenes angewendet worden war. Es wurden zugleich der Inductionsstrom und die hypnotische Eingebung dagegen angewendet. Besserung war sofort bemerkbar und nach wenigen Tagen trat *vollständige Restitutio ad integrum* ein, wobei nicht klar ist, was der Electricität und was der Hypnose zukommt.

Nr. 7 drängte stark nach Hause und trotzte zuerst allen Eingebungen. Schliesslich wurde er aber weich, völlig einsichtig und verlangte selbst eine Abstinenzkarte zu unterschreiben. Am Tag darauf entwich er jedoch aus dem Park der Anstalt. Um so überraschter war ich, eine Woche später von seiner Frau einen erstaunten Brief zu erhalten, worin sie erzählt, sie sei zuerst durch die Ankunft ihres Mannes erschrocken, er sei aber jetzt wie umgewandelt, vollständig ernst, arbeitsam und weigere sich hartnäckig, irgend etwas anderes als Wasser zu trinken.

8. Ein alter Fall von Alcoholismus chronicus wird seit wenigen Tagen hypnotisirt und ist bereits guter Somnambül.

9. Ein Arzt, der zweimal an Manie litt, und seit Jahren Morphinist war, war in Folge dessen in den elendesten Zustand verfallen. Er hatte zuletzt noch Cocaïn genommen. Als er hier eintrat, litt er wieder stark an Trigeminus-Neuralgie, welche die Ursache seiner Morphiumsucht gewesen war; er war geistig noch alterirt und verlangte durchaus Morphium. Nur zögernd und nicht ohne Scepticismus liess er sich hypnotisiren. Zuerst gelang nur Hypotaxie, und der Erfolg war langsam, da er sich selbst Gegeneingebungen machte. Doch gelang es schliesslich mit Geduld Herrn College L a u f e r, bei ihm vollständige Amnesie nach der Hypnose zu erlangen. Unter Zunahme der Ernährung wurde zunächst durch Eingebung Schlaf ohne Morphium erzielt, indem Patient Abends im Bett hypnotisirt wurde. Zugleich wurde ebenfalls durch Eingebung die Neuralgie beseitigt und ebenfalls der Morphiumhunger.

Nach sechs Wochen war der Kranke ein wie umgewandelter Mensch in allen Beziehungen. Er erhielt freien Ausgang und ist jetzt entlassen.

3. Intermissionen und Remissionen von Psychosen.

10. u. 11. Bei zwei an hyster. Folie circulaire leidenden Frauen wurde die Hypnose während des relativ gesunden Intervalles erfolglos versucht.

12. Ein periodischer Maniacus wird während der gesunden Zwischenzeit täglich hypnotisirt. Sein etwas barsches und unwilliges Wesen hat sich bereits recht gemildert. Er ist guter Somnambül. Nach der ersten Sitzung wollte er sich nicht mehr einschläfern lassen. Ich brachte ihn doch dazu und gab ihm ein, er würde es nun stets gerne geschehen lassen, was seither auch der Fall ist. Ob die Rückkehr der Manie verhindert werden kann, bleibt abzuwarten.

13. Ein congenital schwachsinniger circa 30jähriger kräftiger Mann litt seit Jahren an chronischer submaniacalischer Aufregung mit intensiven Exacerbationen, während welchen er einer der rohesten und aufgeregtesten Kranken der Zellenabtheilung war.

Während einer relativ ruhigen Zeit gelang es mir, ihn leicht zu hypnotisiren und er erwies sich sofort als guter Somnambül. Die Wirkung war ganz auffällig. In wenigen Tagen war der Kranke ernst, ruhig und viel fleissiger als vorher. Seine läppischen Streiche und Beleidigungen gegen Andere hörten völlig auf diesbezügliche hypnotische Eingebung auf, während alle früheren Ermahnungen ihn nur gereizt hatten. Unterdessen wurde der nach Rheinau angemeldete Kranke dort aufgenommen, wo Herr College Bleuler die Hypnose fortsetzt, und wo der Kranke sich bis jetzt gut hält.

4. Hysteria gravis.

14. Eine circa 30jährige, seit Jahren hier versorgte Hysterica, mit allen erdenklichen hysterischen Beschwerden und Ränken wurde nach einiger Mühe zur guten Somnambüle erzogen, welche post-hypnotische Hallucinationen und dergleichen aufweist. Es gelang mir, durch Suggestion die Kranke, die nur Extraverschreibungen essen wollte und mit ihren Klagen alles quälte, zum freiwilligen Verlangen und Essen der gewöhnlichen Kost III. Klasse und zu 10 Pfund Körpergewichtszunahme, sowie zum subjectiven Wohlbefinden zu bringen, wenn auch gewisse Klagen immer noch wiederkehren und das perverse Wesen nur gebessert, nicht geheilt ist.

15. Eine andere schwere Hysterica wurde dadurch von ihren Beschwerden geheilt, dass die Hypotaxie bei ihr gelang, und, dass ich ihr darin die Heilung bis zu einem bestimmten Tage mit Bestimmtheit voraussagte. An dem betreffenden Tage wurde sie (provisorisch) geheilt entlassen.

5. Angeborene Psychosen.

16., 17. und 18. Zwei Fälle von moralischem Irresein und ein Fall von Idiotismus mit periodischen tobsüchtigen Aufregungen (alle Weiber) widerstanden allen Versuchen, den hypnotischen Schlaf zu erzielen.

6. Chronische, zum Theil unheilbare Psychosen.

19. Bei einer chronischen hysterischen Melancholie (Frau) gelang ein vollständiger hypnotischer Schlaf. Die Schlaflosigkeit wurde ge-

hoben, inden ich die Kranke Abends im Bett einschläferte. Schliesslich sagte ich, ich würde die Hypnose am Abend von meiner Wohnung aus bewirken, und diese Vorstellung genügte, um den Schlaf zu bewirken. Andere Eingebungen gelangen nur zum Theil. Die sehr empfindliche Patientin liess sich stets durch andere Kranke aufregen und verliess ungeheilt die Anstalt.

20. Bei einem alten Fall von hysterischer Melancholie (Weib) mit colossalen Hyperästhesien und Schlaflosigkeit gelang die Hypnose nicht

21, 22., 23. Bei zwei Männern mit alten, schweren hypochondrischen Psychosen misslangen alle Versuche, Schlaf zu erzielen. Bei einem dritten wurde Hypotaxie erzielt, aber die Eingebungen blieben ohne Erfolg.

24., 25., 26. Bei zwei Fällen von hysterischer Verrücktheit war keine Hypnose zu erzielen. Bei einem Dritten dagegen erfolgte ein vollständiger Schlaf mit Amnesie und Catalepsie. Die hallucinirende Kranke, die voll toller Wahnideen ist und sehr aufgeregt war, ist bedeutend ruhiger und fleissig geworden. Jedoch sind die Eingebungen subjectiv bisher erfolglos geblieben. Alle subjectiven Beschwerden bestehen angeblich nach wie vor. Die drei Fälle betreffen Weiber.

27. Eine junge epileptische Frau, bereits verblödet und mit epileptischen Hallucinationen und Wahnideen zeitweise behaftet, zeigte dazwischen auch hysteriforme Anfälle und wurde nach einiger Mühe zum guten hypnotischen Schlaf gebracht. Während vier Wochen sistirten die Anfälle und war der psychische Zustand entschieden gebessert. Doch verschlimmerte sich dann die Kranke wieder. Aecht epileptische Anfälle traten dann Nachts auf. Sie wurde verwirrt, aufgeregt, hallucinirte wieder — und nun gelang die Hypnose nicht mehr oder nur ganz vorübergehend. Mit Bromkalium wurde dann kein besserer Erfolg erzielt.

(Schluss folgt.)

III. Aus den Vereinen.

Société méd. des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 17. Juni 1887. (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 78.)

483) **A. Renault**: *Des troubles trophiques exceptionnels d'origine rhumatismale. (Die ausnahmsweise auftretenden trophischen Störungen rheumatischen Ursprungs.)*

Zu Gunsten der Ansicht, nach welcher der Rheumatismus in der Mehrzahl der Fälle seinen Ursprung von einer Läsion der Med. herleitet, werden folgende aus Gelenkaffectionen dieser Art entstandene trophische Störungen als Argumente namhaft gemacht:

Die schon von Hunter beobachtete Muskelatrophie, die von Collette im Jahre 1872 beschriebene beträchtliche Zunahme des Panniculus adipos. sowie die von Féréol hevorgehobene Hypertrophie und Atrophie der Knochen.

Als weitere Beweismittel folgen sodann die Angaben Troisièrs, Brocg's, Potain's und Verneuil's, von welchen die beiden ersteren rheumathische Schwielen und die beiden letzteren Pseudolipome über den Schlüsselbeinen zu beobachten Gelegenheit hatten, sowie endlich noch der Hinweis Hadden's auf die unter solchen Umständen mitunter vorhandene glänzende Haut. Pauli (Köln).

IV. Tagesgeschichte.

Zur 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 18.—24. September d. J. in *Wiesbaden* tagen wird, sind bis jetzt folgende Vorträge, welche für uns von Interesse sind, angemeldet:

Für die allgemeinen Sitzungen:

Herr Benedikt (Wien): Ueber die Bedeutung der Kraniometrie für die theoretischen und praktischen Fächer der Biologie.

Herr Meinert (Wien): Mechanismus und Physiognomik.

Für die physiologische Section:

Herr Steiner (Heidelberg): Ueber die Functionen des Centralnervensystems einiger Wirbelloser.

Herr Gad (Berlin): Zur Physiologie und Anatomie der Spiralganglien (nach gemeinschaftlich mit Dr. M. Joseph ausgeführten Untersuchungen).

Für die chirurgische Section:

Herr Witzel (Bonn): Ueber die Neuralgie der Amputationsstümpfe.

Herr Lossen (Heidelberg): Ueber Neurectomie.

Für die neurologische und psychiatrische Section:

Herr Jolly (Strassburg): (Thema vorbehalten.)

Herr Schroeter (Eichberg): Ueber abnorme Kürze des Corpus callosum.

Herr Paetz (Alt-Scherbitz): Ueber die Errichtung von Ueberwachungsstationen.

Herr Tuczeck (Marburg): Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra nach eigenen Beobachtungen (mit Demonstration).

Herr A. Eulenburg (Berlin): Ueber Spannungsströme mit Demonstration der Apparate.

Für die otiatrische Section:

Herr Otto Körner (Frankfurt a. M.): Demonstration einiger topographisch wichtiger Verhältnisse am Schläfenbein, welche von der Form des Schädels abhängig sind.

Herr Guye (Amsterdam): Ueber Aprosenia, eine Psychose veranlasst durch nasale Störungen.

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 15. September 1887. | Nro. 18.

Inhalt.

I. Originalien. Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes. Von G. Jelgersma.

II. Referate und Kritiken. **Hill**: Drehung des Grosshirns. **Oliver**: Ein Beispiel für die Differentialdiagnose zwischen Tumoren des Rückenmarkes und der cauda equina. **Thorbuin**: Fälle von Verletzung des Halstheiles des Rückenmarks. **Reynolds**: Ueber die Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen, mit Literaturverzeichniss und neuen Fällen. **Capron**: Ein Fall von Erblindung nach Fractur der Schädelbasis. **Chisolm**: Congenitale Lähmung des 6. und 7. Hirnnervenpaares bei einem Erwachsenen. **Kubli**: Zur Lehre von der epidemischen Hemeralopie. **Charcot**: Die amyotrophischen Paralysen als Folge von Gelenkleiden. **Oppenheim** und **Siemerling**: Die acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbärparalyse. **Benedikt**: Prognose und Therapie der Tabes. **Féré**: Beitrag zur Pathol. der Träume und der hysterischen Lähmung. **Savage**: Einige Beziehungen zwischen Epilepsie und Irrsinn. **Parker**: Fall von hysteroepileptischen Anfällen mit Krämpfen in Folge örtlicher Hautreize. **Birt**: Ueber gewisse Fragen hinsichtlich der Urinologie der Geisteskranken. **Forel**: Einige therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus (Braidismus) bei Geisteskranken. **Thomsen**: Zur Berliner Irrenstatistik.

I. Originalien.

Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes.

Von G. JELGERSMA.[1])

(Autorisirte Ueberstzung von Dr. Kurella.)

In Folgendem gebe ich ein kurzes Resumé meiner Befunde an 5 Idioten-Gehirnen, bei denen die Grosshirnoberfläche in frühester Jugend oder vielleicht schon im embryonalen Leben in Folge verschiedener pathologischer Processe beträchtlich verkleinert war.

Die Atrophien waren, unbeachtet einiger weniger Verschiedenheiten in localer Intensität der pathologischen Processe, ziemlich gleichmässig über die Gehirnoberfläche verbreitet. In zwei Fällen zeigte nur eine der beiden Hemisphären die pathologischen Veränderungen, die andere

[1]) Eine Anzahl im Holländischen Originale nicht vorhandener neuer Ausführungen sind vom Verf. selbst der Uebersetzung beigefügt.

Hemisphäre war ganz oder fast ganz normal, in den anderen Fällen waren beide Hemisphären gleichmässig verändert und die ganze Gehirnoberfläche durch Encephalitis oder Meningitis theilweise zu Schwund gebracht. Die letzten Individuen waren tief stehende Idioten, die beiden anderen Halbidioten, mit den körperlichen Symptomen der Hemiatrophia cerebri[1]), eine davon war Epileptica. Im Alter von 20—40 Jahren sind die Individuen an intercurrenten Erkrankungen gestorben.

Zweck meiner Untersuchungen war in der Medulla oblongata und im Gehirnstamm die Bildungshemmungen und secundären Atrophien zu verfolgen, welche unabhängig vom primär-pathologischen Process, secundär entstanden waren. Die Centren, welche atrophirt gefunden sind, betrachte ich in ihrer normalen Entwicklung von der Integrität des Grossbirns abhängig.

Die Fälle von Hemiatrophia Cerebri sind für solche Untersuchungen sehr geeignet, da die unveränderte Seite ein werthvolles Vergleichungsmoment gibt.

Pons Varoli und nuclei arciformes waren in allen Fällen doppelt oder einseitig verändert, je nachdem der pathologische Process in den Hemisphären ein- oder doppeltseitig war, dabei war die Atrophie immer an derselben Seite geblieben, und betraf sowohl die Ganglienzellen wie die Nervenfasern. Die Verbindungsbahnen zwischen den Ganglienzellen der Brücke und der Gehirnrinde waren ebenso atrophirt; dies zeigte sich am deutlichsten auf Schnitten durch die pedunculi cerebri, wo der ganze pes pedunculi an Volumen abgenommen hatte, und dies sowohl im lateralen wie im medialen Drittel. Die Fälle von absteigender Atrophie des lateralen Drittels des pes pedunculi haben sich in den letzten Jahren beträchtlich gemehrt und machen Flechsig's Ansicht über Verbindung der dorsal von der Pyramide in der Brücke gelegenen Ganglienzellen mit dem Occipito-temporallobus immer mehr wahrscheinlich. Die Pyramiden im mittleren Theil des pes pedunculi sind immer mit atrophirt. In keinem der erwähnten Fälle geht die Atrophie des Pyramidensystems auf die Kerne in der Medulla oblongata und Rückenmark, welche zum Reflexsystem gehören, über. Alle motorische Kerne zeigten ein ganz normales Vorkommen, und in den Fällen von Hemiatrophia cerebri, war gar kein Unterschied zwischen den beiderseitigen motorischen Kernen im Reflexbogen nachzuweisen. Die Atrophie beschränkt sich also ganz auf die Nervenfasern. Hierbei ist noch zu bemerken, dass man gewöhnlich keine Sclerose mit Wucherung des interstitiellen Bindegewebes findet, sondern nur eine einfache Atrophie der functionellen Elemente. Nur in einem Fall fand ich im Rückenmark eine allgemeine Verdickung der Neuroglia mit starker Kernvermehrung und Spinnenzellenbildung. Im Pyrami-

[1]) Eine sehr genaue anatomische Beschreibung eines Falles von Hemiatrophia cerebri gibt Schroeder van der Kolk in: Waarneming van eene atrophie van het linker halfrond der hersenen met gelyktydige atrophie van de rechter syde van het lichaam. Verhandlungen der 1. Klasse des Königl. Niederländischen Instituts. 3. Bd. 1852.

densystem distal von der Brücke in der Höhe der grossen Oliven fand ich in 4 der Fälle (einer der Fälle bildet hierauf eine bemerkenswerthe Ausnahme), eine Atrophie der hier sich vorfindenden schrägen Fasern. Diese Atrophie ist in zwei Fällen fast vollkommen, in zwei anderen sehr deutlich, bei der Hemiatrophia cerebri nur einseitig.

In der Brücke waren weiterhin die Querfasern atrophirt, welche durch die Raphe und das brachium pontis zur gegenüberliegenden Seite des cerebellums sich begeben. Bei der Hemiatrophia cerebri erhält man hierdurch ganz eigenthümliche Verhältnisse der verschiedenen Systeme in der Medulla oblongata, welche sich mit unseren gegenwärtigen anatomischen Kenntnissen gut in Einklang bringen lassen. Aus der atrophischen Hälfte der Brückenganglien entspringen eine verminderte Anzahl Querfasern; diese kreuzen sich in der Raphe mit einer normalen Anzahl Querfasern, welche aus der normalen Hälfte der Brückenganglien entspringen und verlaufen durch die normale Hälfte des pons Varoli zum brachium pontis. Die Querfasern der normalen Seite der Brückenganglien aber verlaufen durch die Raphe und die atrophische Hälfte der Brücke zum brachium pontis der anderen Seite. Diese Verhältnisse machten die wirklich bestehende Atrophie *scheinbar* geringer, in sofern in der normalen Brückenhälfte eine verminderte, und in der atrophischen Brückenhälfte eine vermehrte Anzahl Querfasern sich vorfindet. Lateralwärts und am meisten im brachium pontis ist die Atrophie wieder sehr deutlich, nun aber natürlich auf die andere Seite gerückt.

Die nuclei arciformes mit ihren Verbindungen verhielten sich immer wie die Brücke, und wie ich schon früher mich geäussert habe, betrachte ich aus diesem Grunde die nuclei arciformes als distale Ausläufer der Ganglienzellengruppe des pons Varoli.

Vom Grosshirn aus atrophirt weiterhin in der Brücke eine Gruppe Ganglienzellen, welche im vorigen Jahre von Bechterew zuerst beschrieben worden ist und welcher er den Namen „Nucleus reticularis pontis“ gegeben hat. Dieser Kern liegt in der Raphe der substantia reticularis der Brücke und hat zwei grosse laterale flügelförmige Ausbreitungen zwischen den Fasern der Schleife. Zugleich mit dieser Atrophie und distalwärts in gleicher Ausbreitung findet man die feinen Nervenfasern im medialen Theile der Schleife. Zwischen den Ganglienzellen ist der Nucleus reticularis pontis sehr deutlich atrophisch. Diese Atrophie kann ich centralwärts bis zum medialen Drittel des pes pedunculi verfolgen und stimmt dieser Verlauf überein mit dem Verlauf des „Bündels vom Fuss zur Haube“ von Meynert. Es fragt sich jetzt, in wie weit die als „besonderer Kern“ von Bechterew beschriebene Anhäufung von Ganglienzellen und von ihm als nucleus reticularis pontis bezeichnet, von den übrigen Ganglienkernen der Brücke verschieden betrachtet werden muss. Die Form und Lagerung der Ganglienzellen stimmt mit denen der Brücke überein und auch die Verbindungen mit dem Grosshirn scheinen grosse Aehnlichkeit zu besitzen.

Die Veränderungen im nucleus olivaris sind verschieden. In zwei Fällen waren die Ganglienzellen der Olive atrophirt, in einem Fall doppeltseitig und sehr hochgradig, sodass von den Oliven nur wenig übrig geblieben war, in einem anderen waren die Ganglienzellen an der atrophischen Seite merkbar kleiner, als an der gesunden. Auch in den anderen Fällen konnte ich eine Ganglienzellen-Atrophie mit Sicherheit constatiren.

In vier der Fälle war die von mir[1]) früher angegebene Verbindung zwischen nucleus olivaris und cerebrum atrophisch. Ich betrachte die grosse Olive als in ihrer Entwicklung vom Grosshirn abhängig.

Ohne dass es mir damals bekannt war, hatten Flechsig und Bechterew[2]), eine Verbindung zwischen grosser Olive und cerebrum (nucleus lentiformis) beschrieben und haben sie „Centrale Haubenbahn" benannt. Wiewohl es mich sehr freut, dass ich, nach einer anderen Methode arbeitend, ebenso wie jene beiden Forscher zu dem Resultate gekommen bin, dass eine Verbindung zwischen grosser Olive und cerebrum besteht, so halte ich doch meine Ansicht über den Verlauf dieser Bahn der ihrigen gegenüber aufrecht.

In einem der Fälle war die Verbindungsbahn zwischen Olive und cerebellum durch die Raphe und durch das corpus restiforme der gegenüberliegenden Seite atrophisch.

Die Hemisphären des cerebellum waren in 4 der Fälle makroskopisch schon deutlich atrophisch, was am schönsten bei der Hemiatrophia cerebri sichtbar war, wo die gegenüberliegende Cerebellum-Hemisphäre die atrophische war. Auch das corpus dentatum der einen Seite war grösser als das andere. In allen 5 Fällen waren die pedunculi cerebelli ad cerebrum atrophirt, diese Atrophie kann man centralwärts durch die Kreuzung, auf der Höhe des corpus quadrigeminum posterior, zu den rothen Kernen verfolgen und diese Kerne selbst waren in hohem Grade mit atrophirt.

Die Atrophien im Thalamus opticus sind complicirter Natur; jedenfalls ist es ein Ganglion, das wie schon lange bekannt ist, in hohem Grade von der cortex aus mit atrophirt, und dies nicht nur in seinen Verbindungsbahnen, sondern auch, wie die Brücke in seinen Ganglienzellen selbst.

Nicht atrophisch oder jedenfalls so wenig, dass es meiner Wahrnehmung entgangen ist, sind die corpora geniculata interna und externa, die corpora quadrigemina exteriora und posteriora, und das pulvinar, wenigstens was die Ganglienzellen betrifft; eine Atrophie der Fasersystemen dieser Ganglien scheint mir möglich.

Die letzt genannten Ganglien stehen in enger Verbindung mit dem Opticus und Acusticus sind grösstentheils primäre Centren dieser

---

1) G. Jelgersma, Weekblad van hed Nederlanden tydschrift van geneeskunde. 1886. Nro. 27.

2) Bechterew und Flechsig, Neurologisches Centralblatt 1885. Nro. 9.

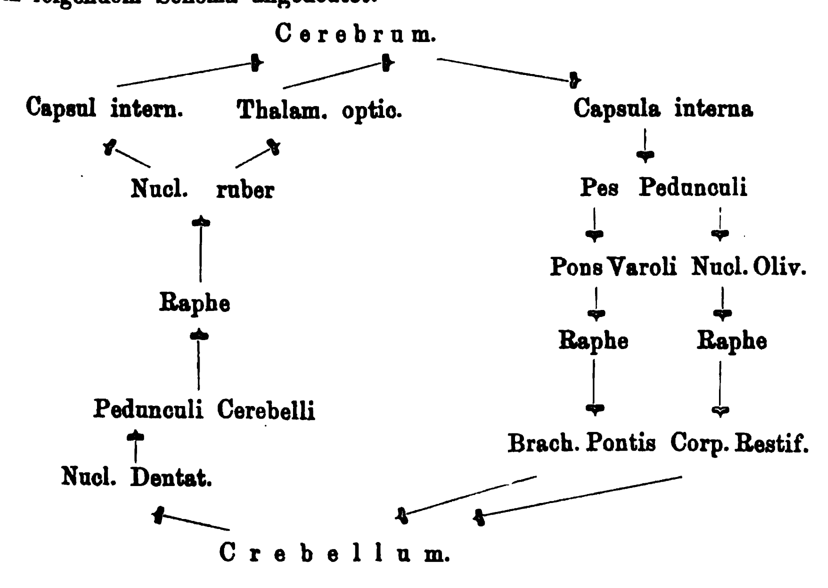
Nerven und gehören zum Reflexbogen, welcher hier sehr complicirt ist.[1])

Das corpus Luysii und die substantia nigra nehmen bei Atrophie des Grosshirns ebenfalls an Volumen ab, die letztere in beträchtlichem Grade.

Die beschriebenen Atrophien bilden ein zusammenhängendes Ganzes, welches 1. das Grosshirn mit dem Kleinhirn verbindet, und 2. das Grosshirn mit dem Reflexbogen (Pyramiden- und Schleifensystem).

Die Verbindung zwischen dem Grosshirn und dem Kleinhirn ist also folgende: Aus der Grosshirnrinde (und den ihr gleichstehenden Stammganglien, den n. caudatus und lentiformis), durch die capsula interna, die beiden lateralen Theile des pes pedunculi nach den gleichseitigen Kernen der Brücke; in der Raphe kreuzen sich die Fasern, mit denen der anderen Seite (total?), während ein anderer Theil sich mit den Zellen der Olive verbindet, und sich ebenfalls mit denen der anderen Seite entsprechend in der Raphe kreuzt; die gekreuzten Fasern verlaufen durch das brachium pontis und das corpus restiforme nach dem Kleinhirn, die Fasern aus der Brücke ausschliesslich nach den Hemisphären desselben, die aus der Olive vielleicht auch nach dem Wurm.

Die Kleinhirnrinde verbindet sich mit dem nucleus dentatus, aus dem die pedunculi cerebelli ad cerebrum entspringen, auf der Höhe der corp. quadrigem. posteriora kreuzen sich diese und verbinden sich dann (alle?) mit dem rothen Kern; von hier gehen Ausstrahlungen nach der inneren Capsel und nach dem Sehhügel; diese Verbindungen sind in folgendem Schema angedeutet:



---

[1]) Man vergleiche die in letzterer Zeit bekannt gewordenen Untersuchungen von Monakow, Forel, Onufrowics, Flechsig, Bechterew, Vejas und Baginsky.

Ein anderes Fasersytem, das in Folge atrophischer Gehirnzustände degeneriren kann, ist das Pyramiden- und vielleicht auch das Schleifensystem, also Bahnen, die das Grosshirn mit dem Reflexbogen verbinden. Die atrophische Degeneration der Verbindung zwischen Grosshirn und Kleinhirn, und die Entartung der Leitung zwischen Grosshirn und Reflexbogen unterscheiden sich aber, wie meine Präparate zeigen, sehr erheblich von einander. Die Ganglienkerne (Brücke, rother Kern), die in den Verlauf der erstgenannten Bahnen eingeschaltet sind, degeneriren mit. Hier wird also dem sogenannten Waller'schen Gesetze nicht genügt, wonach jede secundäre Degeneration vor der nächsten ihr auf ihrem Zuge begegnenden Ganglienzellenstation Halt macht.

Die Degeneration des Grosshirns hat das Kleinhirn mit ergriffen, ohne durch die Kerne in der Brücke aufgehalten zu werden; diese sind vielmehr mit atrophirt, während weiterhin vom Kleinhirn aus die pedunculi cerebelli atrophirten und der nucleus ruber mit degenerirte. Obgleich die Hirnatrophie jahrelang bestanden hat, und eine secundäre Atrophie des Pyramidensystems dadurch herbeigeführt worden ist, sind die primären Kerne im verlängerten Mark und die Rückenmarks-Vorderhörner intact geblieben. Hier wird also das Waller'sche Gesetz befolgt, und die Degeneration macht vor der in ihrer Richtung eingeschalteten Ganglienstation halt.

Die in den Verlauf der erstgenannten Bahn eingeschalteten Centren sind in ihrer Entwickelung offenbar vom Grosshirn abhängig, während das bei allen primären Centren der peripheren Nerven nicht der Fall ist; diese bleiben ganz intact, während die Leitungsbahnen nach dem Gehirn pathologisch entartet sind.

Ich werde nun in der folgenden Darstellung die Bahnen, welche mit ihren Centren von dem Entwicklungsgrade des Grosshirns (Intellectuoriums) abhängig sind, als *die intellectuelle Bahn des Hirnstammes und des verlängerten Marks* bezeichnen. Ihr schliesst sich dann die Verbindungsbahn zwischen Gehirn und Reflexbogen an.

In Fällen pathologischer Zustände der Grosshirnhemisphären, deren Entstehung schon in das intrauterine Leben oder in die Zeit kurz nach der Geburt fällt, kommt eine Atrophie der ganzen intellectuellen Bahn zu Stande, ohne dass hier, wie es das Waller'sche Gesetz verlangt, die Ganglien verschont blieben.

Es lässt sich keine ganz scharfe Vorstellung von der atrophischen Degeneration und Entwicklungshemmung der intellectuellen Bahn des Stammes und verlängerten Marks gewinnen. Mir scheint es dass, wenn das Intellectuorium sich nicht normal entwickelt oder in seiner Entwicklung rückwärts geht, diese Störung zunächst die centrifugale Bahn im pes pedunculi u. s. w. in Mitleidenschaft zieht, und das Kleinhirn sich nicht voll entwickelt oder in der Entwickelung zurück geht, während von ihm aus die Degeneration über das corpus dentatum,

pedunculi cerebelli, n. ruber sich wieder rückwärts auf das Intellectuorium fortsetzt. Somit würde der pathologische Process nach Durchlaufen eines geschlossenen Ringes wieder zu seinem Ausgangspunkt zurückkehren. Im allgemeinen degeneriren centrifugal leitende Bahnen schneller als centripetal leitende, wenn das Centrum lädirt ist; das folgt auch aus meinen Präparaten, wenn man die Degeneration im Pyramidensystem mit der in der langen sensiblen Bahn, in der Oliven-Zwischenschicht gemessen, vergleicht. Es kann aber auch die Möglichkeit nicht übergangen werden, dass sich die Degeneration vom Grosshirn aus gleichmässig auf die centrifugale und centripetale Bahn ausbreitet und beide Degenerationsprocesse sich im Kleinhirn begegnen.

Es entsteht nun von selbst die Frage, ob nicht eine anatomische Ursache dafür besteht, dass die Degeneration einen so verschiedenen Verlauf zeigt, indem gewisse Bahnen dem Waller'schen Gesetze folgen, während andere sich offenbar nicht danach richten.

Ich kann für diese Frage aus meinen eigenen Untersuchungen kein Material beibringen, will jedoch auf die bekannten Untersuchungen von Golgi über die Structur der Ganglienzellen und ihre Verbindung mit den Nervenfasern, sowie auf die Bestätigung dieser Untersuchungen durch Forel hinweisen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Kritiken.

844) **Alex. Hill** (Cambr.): **Rotation of the great brain.** (Drehung des Grosshirns.) (Brain Jan. 1887.)

Die Arbeit ist ein Nachtrag zu der vom Verf. 1885 publicirten: „Plan des Centralnervensystems" (Cambridge, Deighton Bell), in der er der Ansicht Ausdruck gab, dass das Gehirn der Säugethiere während der Entwickelung einer Drehung unterliegt. Das ursprünglich wie beim Reptil grade ausgestreckte Gehirn wird hierdurch nach unten und hinten zusammengerollt. Für diese Ansicht führt Verf. neue Beweise ins Feld. Am gehärteten Gehirn lasse sich ohne Schwierigkeit der gewundene Verlauf der Riechnervenbahnen durch fimbria, fornix, absteigenden Gewölbeschenkel, corp. mammill. und Vicq. d'Azyr'sches Bündel darstellen. Die Gestaltung der Sylvi'schen Furche lasse sich ungezwungen durch den Zug der nerv. ethmoid. und des bulb. olfact. auf den (späteren) Temporosphenoidallappen erklären, durch den die foss. Sylv. die ypsilonförmige Gestalt erhält. Die Radiäranordnung der Inselwindungen zeige deutlich die Richtung, in welcher der Zug wirkte. Ein Vergleich mit dem Gehirn der Reptilien, Fische und Amphibien ergebe, dass hier der Temporosphenoidallappen das vordere Ende des Gehirns darstellt. Der Thalamus opti-

cus sei durch Fasern mit dem Stirnhirn (innere Kapsel), dem Hinterhauptshirn (Bratiolet'sche Fasern) und dem Temporosphenoidalhirn („unterer Stiel") verbunden, nach Ansicht des Verf. ein stringenter Beweis für die Rotation. Weitere Beweise sieht H. in der torquirten Faserung der commissura anter., deren Mitte genau der Rotationsaxe entspricht und in der anders nicht erklärlichen Localisation der secundären Degeneration in den Rückenmarkssträngen nach Läsionen motorischer Rindenfelder. Den Grund dieses Verhaltens, das bei den höheren Säugethieren am deutlichsten sei, bei tiefer stehenden (Marsupialien) unvollkommener, sucht Verf. in der durch den Schädelbau der Säuger gebotenen Raumausnutzung.

Matusch (Sachsenberg).

---

485) **Jam. Oliver** (Edin.): A case illustrating the differential diagnosis of tumour of the cord and tumour of the cauda equina. (Ein Beispiel für die Differentialdiagnose zwischen Tumoren des Rückenmarkes und der cauda equina.) (Brain. Januar 1887.)

Der Fall ist ohne Sectionsbefund und die daran geknüpften therapeutischen Erörterungen enthalten keine neuen Gesichtspunkte.

Matusch (Sachsenberg).

---

486) **W. Thorbuin:** Cases of injury to the cervical region of the spinal cord. (Fälle von Verletzung des Halstheiles des Rückenmarks.) (Brain. Januar 1887.)

Verf. schildert 9 Fälle von Verletzung des Halsmarkes, auf deren interessante Einzelheiten hier nicht eingegangen werden kann. In der Besprechung dieses Materials weist Th. auf die verhältnissmässige Häufigkeit der *Blutungen* hin (3—4 der 9 Fälle, in 5 derselben waren die Wirbel fractuoirt oder dislocirt) und vermuthet, dass sich unter der vagen „Rückenmarkserschütterung" eine grosse Zahl von Hämatomyelie verberge. Die Vorliebe der Blutungen für die Gegend des 4.—5. Halswirbels erklärt er durch die Configuration der Wirbelsäule. Weil diese Wirbel am meisten prominiren, verletzten sie am leichtesten das Mark bei Hyperextension der Wirbelsäule oder direct wirkendem Druck. Aeussere Deformität fand sich nur bei einem der Fälle. Hyperästhesie wurde gleichfalls nur bei einem beobachtet, aber in allen zur Genesung gelangenden Fälle (3) stellte sich mit Abnahme der Anästhesie Prickeln in den früher empfindungslosen Parthien ein.

Priapismus bestand bei allen Fracturen bis zum Tode, von den Fällen von Blutung nur bei einem. Verf. schliesst daraus, dass die verbindenden Fasern zwischen Lumbarcentrum und Gehirn weiter ab vom Mittelpunkt des Rückenmarkes verlaufen und der Verletzung oder dem Drucke durch die centrale Blutung entgehen. In derselben Weise sei zu erklären, dass Retentio urinae bei den Blutungen nur kurze

Zeit bestand, bei den Fracturen anhielt. Pupillenveränderung war in einzelnen Fällen deutlich, in anderen nicht, bei einem waren die Pupillen erweitert. Trotz der Unregelmässigkeit des Auftretens neigt Th. zu der Ansicht, dass dilatatirende Fasern für die Iris und Fasern für die Müller'schen Muskeln durch das Niveau des letzten Halswirbels zum Sympathicus ziehen. In einem Falle hatte Lähmung des Müller'schen Muskels das deutliche Gefühl von Weichheit des Bulbus zur Folge.

In den Fällen, wo Untersuchung des Kniephänomens gleich nach dem Trauma statt hatte, war es geschwunden, während a priori bei so hochgelegenen Läsionen Steigerung zu erwarten gewesen wäre. Dies Verhalten muss nach Th. auf die reflexunterdrückende Wirkung des Shocks zurückgeführt werden. Matusch (Sachsenberg).

---

487) **E. Reynolds** (London): On changes in nervous system after amputation of limbs, with bibliography and recent cases. (Ueber die Veränderungen des Nervensystems nach Amputationen, mit Literaturverzeichniss und neuen Fällen.) (Brain. Januar 1887.)

Bei einem Paralytiker fand R. $6^1/_2$ Jahr nach Amputation des linken Oberschenkels an makroscopisch sichtbaren Veränderungen im Rückenmark Verschmälerung der linken Hälfte im mittleren und unteren Lumbartheil, der grauen und weissen Substanz; die vorderen Wurzeln schmäler links als rechts, die hinteren gleich gross. Bei mikroscopischer Untersuchung lässt sich im gesammten Mark Pigmentdegeneration einzelner Zellen auffinden, die der Paralyse zugeschrieben werden müssen. Die Zellen der Clarke'schen Säulen waren auf den Schnitten an Zahl verschieden, bald zahlreicher rechts, bald links. Zählungen am normalen Mark ergab das gleiche Verhalten. Im mittleren Lumbartheil betraf die Verschmälerung alle Theile ausser dem Vorderstrang. Die Zellen des Vorderhorns waren ärmer an Ausläufern und an Zahl und Grösse gegen rechts erheblich vermindert, färbten sich schlecht und führten viel Pigment. Zählungen der Zellen insgesammt ergaben links im Durchschnitt nur etwa halb so viel wie rechts.

Am Ende des linken n. ischiadic. sass ein rundliches Neurom, das aus dicht gedrängten feinen markhaltigen Nervenfasern bestand, eingebettet in dicke Bindegewebsbündel. Der linke Ischiadicus enthält ausser derartigen feinen Nervenfasern nur wenig Fasern grösseren Calibers, wie sie der rechte Ischiadicus in überwiegender Zahl führte. Schnitte aus centraler gelegenen Theilen des linken Ischiadicus ergaben mässige Zunahme dieser grösseren Nervenquerschnitte. Die Summe der feineren und gröberen Nervenfasern war beiderseits annähernd dieselbe. Wenn trotzdem der Umfang des linken Ischiadicus den des rechten etwas übertraf, war dies auf Zunahme des Bindegewebes und Fettes links zu stellen. Im n. crural. ant. der gleiche Befund. Die linke vordere Wurzel hatte überwiegend normale Fasern, indess mehr Bindegewebe als die rechte, die linke hintere Wurzel

abèr zeigte meist feine Nervenfasern, wenig stärkere Fasern und contrastirte durch das umgelagerte reichliche Bindegewebe gegen den compacten Bau der rechten. Das gleiche Bild bot im Vergleich zum rechten das linke Ganglion intervert.

Die Arbeit ist durch eine Uebersicht über die bisherige Literatur eingeleitet, in der Verf. besonders auf die den seinen widersprechenden Befunde von Friedländer und Krause (Fortschr. d. Med. 1886) eingeht.

Matusch (Sachsenberg).

---

488) **Capron** (Providence): Ein Fall von Erblindung nach Fractur der Schädelbasis. (Arch. f. Augenheilk. von Knapp u. Schweigger. Band XVII, Heft 4.)

Der betreffende Patient hatte einen schweren, mit einem Bierseidel gegen sein linkes Auge geführten Schlag erlitten. Die kurz nach der Verletzung vorgenommene Untersuchung ergab ausser Schmerzhaftigkeit des oberen *Orbitalrandes* und der *Thränenbeingegend* ophthalmoskopisch eine *weisse Verfärbung der Papille*, welcher die Abnahme des Sehvermögens bis auf Unterscheidung von Hell und Dunkel entsprach.

Es handelte sich also hier wiederum um einen der vielbesprochenen Fälle von *Fractur* der Wand des *canal. optic.* mit Läsion des *nerv. opt.*, die bekanntlich eine schlechte *Prognose* gestatten.

Hirschmann (Remscheid).

---

489) **Chisolm** (Baltimore): Congenitale Lähmung des 6. und 7. Hirnnervenpaares bei einem Erwachsenen. (Arch. f. Augenheilk. von Knapp und Schweigger. Band XVII, Heft 4.)

Da wegen des bedeutenden *Strabismus convergens* in der Jugend eine doppelseitige Durchschneidung der *rectus internus* nach alter Methode (nicht, wie heute, *Tenotomie*, sondern *Myotomie*) vorgenommen war, und die *exterii* gelähmt waren, fehlte jede Seitenbewegung der Augen, was im Verein mit der Bewegungslosigkeit der Gesichtsmuskeln und dem daraus resultirenden Ausfall der Mimik, dem Gesichte einen eigenartig starren und leeren Ausdruck verlieh. Den Sitz der Affection verlegt Verf. an den Boden des *IV. Ventricels*, wo die *Kerne* der beiden Nerven (*facialis* und *abducens*) zusammen liegen.

Hirschmann (Remscheid).

---

490) **Kubli** (St. Petersburg): Zur Lehre von der epidemischen Hemeralopie. (Arch. f. Augenheilk. v. Knapp u. Schweigger, B. XVII, Heft 4.)

Die Krankheit ist in Russland relativ häufig und hängt mit der strengen Durchführung der Fastenvorschriften zusammen, welche im

Wesentlichen eine an Eiweiss und Fett arme Nahrung allein gestatten. Die dadurch herabgesetzte Ernährung giebt das praedisponirende Moment ab; die direkte Veranlassung der Affection ist schwere physische Arbeit und Einwirkung greller Beleuchtung, Umstände, die es erklären warum Matrosen, Fischer, Feldarbeiter besonders gern erkranken. Das einzige Symptom ist die in manchen Fällen ganz colossale Herabsetzung des *Lichtsinnes.* Von therapeutischen Massnahmen hat sich einzig und allein die Aenderung der Ernährung als wirksam erwiesen.

Da nach der allgemein anerkannten, von Aubert zuerst gegebenen, Definition mit „*Lichtsinn*" die Fähigkeit der Netzhaut, Helligkeitsdifferenzen zu unterscheiden bezeichnet wird, ist die *Hemeralopie* (wohl am besten von ἡμερα ἀ ὤψ abzuleiten und mit „*Tagssehen*" resp. „*Nachtblindheit*" zu übersetzen) nicht als eine Lichtsinnstörung, sondern vielmehr als eine Störung der *Adaptationsfähigkeit* der Netzhaut in dem Sinne aufzufassen, dass bei herabgesetzter Beleuchtung die Sehschärfe unverhältnissmässig sinkt und es erst geraumer Zeit bedarf, bis sich die Netzhaut an die verminderte Beleuchtung gewöhnt hat. Dass für die Messung dieser letztgenannten Function das Foerster'sche *Photometer* massgebend ist, während er sich für die Messung des Lichtsinnes nicht eignet, darauf ist schon des öfteren aufmerksam gemacht worden. Den hierfür sich Interessirenden verweise ich auf die im 33. Bande, Abtheil. 1. des Graefe'schen Archiv. f. Ophthalm. enthaltene Arbeit Treitel's: „*Ueber das Wesen der Lichtsinnstörung*". (Der Referent.) Hirschmann (Remscheid).

---

491) **Charcot** (Paris): Des paralysies amyotrophiques articulaires. (Die amyotrophischen Paralysen als Folge von Gelenkleiden.) (Gaz. des Hôp. 1887, Nro. 85.)

Nicht allein Traumen, welche die Gelenke treffen, sondern auch andere dieselben befallende Krankheitsprozesse, besonders das so häufig mit Ischias verwechselte Malum coxae senile, können eine dynamische Läsion der Medulla und in zweiter Linie einfachen Schwund der Muskeln, mit Praedilection der Extensoren, und Lähmung im Gefolge haben, Consecutivzustände, welche oft schon 14 Tage nach Einwirkung der Noxe auf die erwähnte Stelle sehr deutlich zu Tage treten. Pauli (Köln).

---

492) **H. Oppenheim** und **E. Siemerling** (Berlin): Die acute Bulbärparalyse und die Pseudobulbärparalyse. (Schluss.) (Charité-Annalen XII. Jahrg. 1887.)

Die Pseudobulbärparalyse (Paralysis glosso-labio-pharyngeo-cerebralis).

Die in der Literatur verstreuten, sehr ungleichwerthigen Beobachtungen, werden hier zusammengestellt und kurz referirt. Es sind dies die Fälle von A. Magnus (Fall von Aufhebung des Willensein-

flusses auf einige Hirnnerven. (Müller's Archiv 1837. S. 258 und 575.) von F. Jolly (Ueber multiple Hirnsclerose. Westph.'s Arch. Bd. III. 1872) von Beurmann (Gaz. hebd. 34. 1876 und Progr. med. 1876) von R. Lépine (Note sur la paralysie glosso-labiée générale à forme pseudobulbäre. Revue mensuelle I. 1877) von Barlow (On a case of double hemiplegia with cerebral symetrical lesions. The Brit. med. Journ. 1877 Vol. II.) von Eisenlohr (l. c.) von Kirchhoff (Cerebrale Glosso-pharyngo-labial-Paralyse mit einseitigem Herd. Westph. Arch. XI. 1881. S. 132), von Wernicke (Der aphas. Symptomencomplex. Beob. 5.), von J. Ross (Labio-glosso-Pharyngeal-Paralysis of cerebral origin. Brain. Juli 1882), von O. Berger (Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis (Pseudobulbärparalyse) Bresl. ärztl. Zeitschrift 1884. S. 28. cf. d. Centralbl. 1884, pag. 559), von Fuller (Bilateral apoplexy of the lenticular nuclei, simulating lesion in the floor of the IV. ventricle. The New-York med. Rec. Nro. 1, 1884), von Oehs (Ueber Pseudobulbärparalyse. Inaug.-Diss. Strassburg 1885). —

Nach den in diesen Mittheilungen enthaltenen Beobachtungen schloss man ziemlich allgemein auf das Vorhandensein einer Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralen Ursprungs. Die anatomischen Untersuchungen einer Reihe von Fällen, die den Verf. zu Gebote standen, gaben jedoch in keinem Falle die Annahme einer reinen Pseudobulbärparalyse.

Wir lassen zunächst die Fälle in dem von den Verff. selbst gegebenen kurzen Auszügen folgen:

1) Frau von 44 Jahren. Aufnahme 1886 wegen Tobsucht Schnelle Beruhigung. Vorgeschichte: Oeftere Schlaganfälle. Status: Dementia, zeitweise Erregungszustände, anscheinend hallucinativen Ursprungs. Starrer Gesichtsausdruck. Schwäche im unteren Facialisgebiet beiderseits, Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit. Speichelfluss. Beträchtliche Zungenschwäche ohne Atrophie. Gaumensegelparese. Anfangs geringe, später stärkere Kau- u. Schlingbeschwerden. Bulbäre Sprachlähmung, die ebenfalls allmählich an Intensität zunimmt. Stimmschwäche mit leichter Parese der Stimmbandspanner. Normale electrische Erregbarkeit. Ophthalmoscopisch: Zweifelhafter Befund. Geringe Schwäche des rechten Armes und beider Unterextremitäten, besonders der rechten, mit leichter Muskelsteifigkeit und Steigerung der Sehnenphänomene. Kurze Zeit vor dem Tode: Asymmetrie der Gesichtshälften durch Ueberwiegen der rechtsseitigen Facialisparese. † am 10. März 1886. Section: Mässige Sclerose der basalen Hirnarterien. Erhebliche Veränderungen an der Rinde der linken Hemisphäre, besonders zahlreiche Narben am Stirn- und Scheitellappen. Grosse Anzahl von Erweichungsherden im rechten Streifenhügel, in der Marksubstanz beider Hemisphären. Pons und Oblongata macroscopisch nicht erkrankt. Microscopisch: Zahlreiche kleine Erweichungsherde im Bulbus, die zum Theil schon macroscopisch auf Querschnitten des gehärteten Organes sichtbar sind, in der Höhe des austretenden Acusticus, besonders aber des austretenden Facialis, Ab-

ducens und Quintus. Starke Ependymitis am Boden des 4. Ventrikels und subependymäre Sclerose, Uebergreifen auf den linken Hypoglossuskern. Absteigende Degeneration der Pyramidenbahnen. —

2) Mann von 50 Jahren. Beginn der Erkrankung im Juli 1882 mit plötzlicher Sprach- und Zungenlähmung. Besserung. Dann aber wiederholentlich Schlaganfälle, die zu beiderseitiger Hemiplegie führten (Bewusstsein nicht erloschen). Seit der Zeit psychische Anomalien, Schlingbeschwerden etc. Seit 5 Jahren Sehschwäche auf rechtem Auge, schliesslich fast völlige Erblindung. Status (Aufnahme Januar 1885) Dementia und Apathie. Bulbäre Sprachlähmung, Näseln, Anarthrie und vielleicht auch Aphasie, Schwäche der Lippen- und Zungenmuskulatur, Schlingbeschwerden. Häufig, fast durch jede Anregung, Weinen mit krampfhafter Anspannung der Gesichts- und Exspirationsmuskeln, Dyspnoe und Cyanose. — Respirationsbeschwerden: einfache Dyspnoe, Anfälle von Cheyne-Stocke'scher Athmung, Gaumensegellähmung. Keine Atrophie der Lippen-, Zungen-Muskulatur, erhaltene electrische Erregbarkeit. Atrophie des rechten N. opticus (ex neuritide) kein Gerhardt'sches Geräusch. Schwäche der linken Extremitäten. Gehstörung, Steigerung der Sehnenphänomene an den unteren Extremitäten. Incontinentia urinae et alvi. Habitus apoplecticus. Ephysema pulmonum. † am 26. Febr. 1885. Section: Emphysema pulm. Hypertrophia cordis, starke Arteriosclerose, besonders der basalen Hirnarterien. Erweiterung der Vertebralis dextra. Opticusatrophie. Erweichungsherd in rechter Ponshälfte. Zahlreiche erbsen- bis kirschkerngrosse Erweichungsherde in den grossen Ganglien beiderseits und im Centrum semiovale. — Microscopisch: Erweichungsherd im oberen Pons in der rechten Hälfte, auf Querfaserung beschränkt, Längsausdehnung ca. 7 Mm., Schleifenschicht nicht tangirt. Starke Degeneration der Pyramidenbahnen und der der Pyramide anliegenden Partien der rechten Olive. Neuritis optica (wesentlich Perineuritis). —

3) Mann von 65 Jahren. Aufnahme am 10. Juni 1885. Vor 2 Jahren apoplektische Lähmung der linken Körperhälfte und Articulationsstörung, später auch rechtsseitige Hemiparese. Abnahme der Geisteskraft, Incontinentia urinae et alvi. — Apathie, Demenz, Schwerhörigkeit. Bulbäre Sprachlähmung hohen Grades. Aphasie? krampfhaftes Weinen bei jedem Anlasse mit tonischer Anspannung der Gesichts- und Exspirationsmuskeln, Dyspnoe und aussetzendem Pulse. Schwäche der Lippen- und Zungenmuskeln, Zunge deviirt nach rechts, wird später fast ganz unbeweglich. Kau- und Schlingbeschwerden. Keine Atrophie und keine Veränderung der electrischen Erregbarkeit. Gaumensegel nicht gelähmt. Fast complete linksseitige Hemiglegie mit Contractur; rechte Extremitäten in geringerem Grade betroffen. Anfälle von einfacher Dyspnoe oder Stoke'schem Athmen mit Temperatursteigerung. Am 1. Oktbr. 1886 Entwicklung einer rechtsseitigen Hemiplegie unter Benommenheit. Gegenwärtig sicher Aphasie. Starke Schlingstörung. Pulsbeschleunigung. Beim Weinen gleicht sich die Asymmetrie des Gesichts aus. † am 9. März 1886. Section: Starke Atheromatose der basalen Arterien. Marksubstanz des Gehirns an

verschiedenen Stellen leicht narbig. Zwei symetrisch gelagerte Erweichungsherde von etwa Kirschkerngrösse im hinteren Theile der caps. internae. Degeneration der Pyramidenstränge im Rückenmark. Microscopisch: Degeneration der Pyramidenbahnen im Hirnschenkel, Pons und Oblongata. Kleine Erweichungsherde im obersten Bereiche der Brücke.

4) 49 jähriger Mann, aufgenommen den 13. Oktober 1884. (Hierzu die Figuren b. c_1 u. c_2 der beigegebenen Tafel.) Beginn der Erkrankung vor einem Jahre: Apoplectischer Anfall mit nachfolgender Lähmung aller 4 Extremitäten, Sprach- und Schlinglähmung. Besserung. In den letzten Monaten dann wiederum Verschlechterung der Sprache und Athembeschwerden. Status: Habitus apoplecticus, Arteriosclerose. Dementia. Starrer Gesichtsausdruck. Krampfhaftes Schluchzen bei jeder Anregung mit inspirator. Dyspnoe. Untere Gesichtshälfte wird mangelhaft bewegt, rechts etwas schwächer als links. Zungenbeweglichkeit erhalten. Bulbäre Sprachlähmung. (Articulationsstörung, Näseln, Exspirationsschwäche), Dysphagie, Gaumensegellähmung. Dyspnoe, Stoke'sches Athem etc. Keine Atrophie der gelähmten Muskeln, keine Veränderung der elektrischen Erregbarkeit. Mässige Schwäche der Extremitäten, aber sehr erschwertes Gehen, Steigerung der Sehnenphänomene etc. Am 25. Novbr. totale Lähmung der linken Extremitäten. Starke Respirationsbeschwerden etc. Am 12. Dezember völlige Aphonie und Zunahme der Schlingbeschwerden. Parese des linken Abducens. Besserung der linksseitigen Hemiparese, aber beginnende Contractur. In den folgenden Monaten (1885) häufig Anfälle von Cheyne-Stoke'schem · Athem. Irregularritas cordis, zunehmende Dementia und Apathie, hallucinatorische Erregungszustände. Am 19. Juli Somnolenz, rechtsseitige Hemiplegie, Tod. Section: Starke Atheromatose besonders der basalen Hirngefässe, Hypertrophia ventriculi sinistri, Nephritis interstitialis. Erweichungsherde und Cysten in den basalen Ganglien beiderseits. Nach Härtung und microscopisch: Zahlreiche kleine, zum Theil microscopische Erweichungs- und Blutherde im Pons, Oblongata, besonders in Höhe des Facialis-Abducens, in deren Umgebung, sowie in Raphe, Querfaserung etc. Degeneration beider Pyramidenbahnen in ganzer Ausdehnung.

Auch die hier mitgetheilten Fälle kann man unter das klinische Bild der Glosso-pharyngo-labial-paralyse einreihen. Der viel umfassendere Symptomenbefund jedoch repräsentirt bis zu einem gewissen Grade ein typisches Krankheitsbild mit der path. anatomischen Grundlage einer Arteriosclerose der Hirnarterien. Hervorgehoben muss werden, dass in vielen der oben citirten Fälle die microscopische Untersuchung verabsäumt worden ist, wodurch gewisse Veränderungen namentlich in Pons und Oblongata nicht zum Ausdruck gekommen sind. „Fehlt die microscopische Untersuchung, so geht es nicht an, die klinischen Erscheinungen ausschliesslich auf Rechnung der nachweisbaren Krankheitsherde zu bringen“ (siehe dazu den Fall von Siemerling dies. Centralbl. 1887, pag. 205). Nichts destoweniger gibt es eine echte cerebrale Glosso-pharyngolabialparalyse, wie einige verein-

zelte Beobachtungen der Literatur (Jolly, Kirchhoff) lehren. In den übrigen Beobachtungen handelt es sich um schwre Form der Atheromatose. Bei der Symptomatologie der als rein zu betrachtenden Fälle von Pseudobulbärparalyse handelt es sich um Dysarthrie und Dysphagie, Lähmungserscheinungen der beiden Mundfaciales, der Zungenmuskulatur und des Gaumensegels, bulbäres Lachen und Weinen. Daneben bestehen Lähmungserscheinungen der Extremitäten, psychische Anomalien etc. Fehlen von Kehlkopfslähmung, Respirations- und Circulationsstörung wird besonders hervorgehoben.

Dagegen handelt es sich in dem vorliegenden Symptomenbilde, bei dem auch Krankheitsprocesse im Bereiche der Med. oblong. gefunden sind, um die klinischen Zeichen der allgemeinen Arteriosclerose event. Herzhypertrophie, Emphysema pulmonum. Der Kranke ist psychisch hochgradig alterirt, theilnahmlos, fällt in Schluchzen, das durch jede Anregung ausgelöst werden kann, abnorm lange Zeit anhält und zu Respirations- und Circulationsstörungen führt. Optici sind nicht selten betheiligt, leichterer oder neurotisch-atrophischer Art. Die Genese derselben ist noch nicht völlig aufgeklärt. Ferner zeigt sich Anästhesie und Dysphagie, bulbäre Sprachstörungen mit und ohne Aphasie — Parese beider Mundfaciales, des Gaumensegels, der Zunge und der Phonationsmuskeln, wobei die anat. Untersuchung in den Kernen des Vago-Accessorius und dessen Wurzeln nichts Pathologisches entdecken liess. Die gelähmten Muskeln haben normales Volumen, normale electr. Erregbarkeit -- von Wichtigkeit der Duchenne'schen Krankheit gegenüber, diagnostisch belanglos mit Rücksicht auf acute Bulbärparalyse, da auch bei dieser keine Atrophien vorkommen. Schlingbeschwerden bilden ein reguläres Symptom, selten besteht Kiefersperre. In den hier mitgetheilten Fällen fanden sich regelmässig Respirationsstörungen (Dyspnoe, Cheyne-Stoke'sches Athmen) zuweilen mit hoher Temperatursteigerung. Diese Erscheinungen werden auf Functionsstörungen in der Oblongata zurückgeführt, bedingt durch die Erkrankung der arteriellen Gefässe. Extremitäten sind in der Form einseitiger oder doppelseitiger Hemiplegie meist betheiligt. Ausnahmsweise kommt es zu Atrophieen der Extremitätenmuskeln, denen dann eine herdweise Erkrankung der grauen Substanz des Rückenmarkes entspricht. Beginn: ein apoplectischer Insulte, oftmals mehrere. Im Verlauf grosse Schwankungen: Remissionen und Exacerbationen. Prognose ist ungünstig.

Neben der Duchenne'schen Krankheit und neben der acuten Bulbärparalyse gibt es also eine reine Pseudobulbärparalyse; häufiger, als letztere ist jedoch diejenige Form, in welcher die bulbären Symptome die Theilerscheinung eines Symptomencomplexes bilden, welcher durch eine schwere cerebrale Atheromatose mit ihren Folgezuständen für Gehirn, Pons und Oblongata, wenn auch manchmal nur mit nachweisbaren Krankheitsherden im Grosshirn bedingt wird. —

Goldstein (Aachen).

493) Benedikt (Wien): Ueber die Prognose und Therapie der Tabes. Offener Brief an Herrn Dr. J. Babinski in Paris.

(Wiener medic. Presse 1887. Nro. 33 u. 34.)

Ein Aufsatz aus Moritz Benedikt's Feder pflegt meistens interessant zu sein. Seine philosophische Auffassung der allgemeinen Pathologie und die strenge Logik seiner diagnostischen Schlüsse überraschen oft ebenso sehr wie der Optimismus seiner Therapie und die Kühnheit seiner „Gesetze". Oft schiesst er weit über das Ziel hinaus, aber trotzdem bleibt meist ein werthvoller Rückstand, wenn sich die Fluth verlaufen hat. Ihn zu finden, ist allerdings nicht Jedermanns Sache.

Von dem hier zu besprechenden Aufsatze kann man das Alles nicht sagen.

Babinski hat in einer Sitzung der Société de biologie am 28. Mai d. J. über gutartige Formen von Tabes gesprochen und den Satz aufgestellt, dass die Ataxie keine mit absoluter Nothwendigkeit fortschreitende Krankheit sei. Benedikt wundert sich gar nicht, dass dieser Satz von dieser Seite so spät ausgesprochen wird und macht mit vollem Rechte darauf aufmerksam, dass die Hauptquelle der grossen Charcot'schen Schule ein Material *von Unheilbaren* ist. Diese Pointe kann auch gegen das Material mancher nicht französischen Nervenklinik gerichtet werden, deren post mortem Untersuchungen keinen Fuss breit an Terrain für die erfolgreiche Behandlung der Nervenkrankheiten gewonnen haben. Der theoretisch-wissenschaftliche Werth dieser Arbeiten an und für sich wird darum nicht im Mindesten beeinträchtigt, aber es scheint durchaus unberechtigt aus dem Sectionsbefunde abgelaufener Fälle einen fast principiellen Skepticismus, um nicht zu sagen Widerspruch, gegen eifrige, an frischen Fällen angestellte Heilversuche zu construiren.

Schon als Remak, der Vater, die Galvanotherapie einführte und Oppolzer und Pitha die Hydrotherapie anwandten, war die Frage nach der Heilbarkeit der Tabes auf der Tagesordnung und Benedikt hat in seiner 1868 erschienen „Elektrotherapie" das empirische Gesetz festgestellt, dass Tabes und ihre Symptome zur Heilung gebracht werden können. „Es ist an dem dort Ausgesprochenen nach 20 Jahren eigentlich wenig zu ändern". „Meine Angaben erschienen Vielen zu sanguinisch und später wurden sie von jener Sorte klinischer Autoren, die gerne annehmen, aber ungern angeben, woher sie „ihre" Gedanken entlehnt haben, ingnorirt. Da ich nicht zu Jenen gehöre, die ihr ganzes Leben an dem zeitgenössischen Brei herumrühren, kam ich erst 1881 auf diese Frage zurück. Ich war da schon in der Lage, die zerstreuten empirischen Erfahrungen in Gesetze zu bringen. Ich hätte zwar schon 1868 eine „Statistik" der heilbaren, der wesentlich gebesserten und der unheilbaren Fälle machen können, aber es war nicht allein der Umstand, dass die damals vorliegenden Beobachtungen noch nicht massenhaft waren, der mich davon abhielt, sondern eine viel ernstere Betrachtung. *Die Natur denkt nicht in Procentsätzen, son-*

dern in Reihen. Wenn von einer Krankheit ein Procentsatz heilt und ein anderer nicht, so sind gewiss beide Reihen in Bezug auf einzelne Factoren wesentlich verschieden. Wir sind gezwungen, einen solchen Procentsatz aufzustellen, so lange wir die Factoren nicht kennen, durch welche wir in die Lage kommen, die Gesammtfälle in Reihen anzuordnen. Im Jahre 1881 war ich schon in der Lage, im Grossen und Ganzen diese Reihenanordnung zu machen und ich will sie hier wiedergeben und neu formuliren".

Die *erste* Gruppe der günstigen Fälle setzt sich aus jenen mit *prodromaler Sehnervenatrophie* zusammen. Verf. erklärt, dass er persönlich von diesem Gesetz absolut keine Ausnahme kenne: die specifisch tabisch-motorischen Erscheinungen gehen zurück, sobald die Krankheit mit Sehnervenatrophie eingesetzt hat; dieses Symptom selbst hat eine sehr schlimme Prognose und wahrscheinlich erscheinen auch die P. S. R. nicht wieder.

Die *zweite* Gruppe bilden die Fälle mit *prodromalen Crises gastriques*. Bei ihr scheint die Prognose der motorischen Erscheinungen nicht so absolut günstig zu sein, wie bei der ersten Gruppe; sie gehen in ungefähr zwei Dritteln der Fälle zurück. Im Ganzen sind diese Fälle selten.

Eine *dritte* Gruppe mit günstiger Prognose für die Erkrankung der Hinterstränge bilden die mit Tabes einsetzenden Formen der *Dementia paralytica ascendens*. Hier ist es Regel, dass die spinalen Erscheinungen bis etwa auf die Pupillen- und Sehnenreflexe und das Romberg'sche Symptom sich zurückbilden Dass es nicht gleichgiltig ist, eine solche Tabes zu heilen, wenn auch der periencephale Process, der später auftritt, unaufhaltsam fortschreitet, liegt auf der Hand, da die Pflege solcher von spinalen Symptomen frei gewordenen Kranken unvergleichlich leichter ist. Benedikt schaltet hier eine bemerkenswerthe Notiz ein. Er sagt, dass in allen jenen Fällen, in denen der centrale neuritische Process über mehrere Systeme ausgedehnt ist — Neuritis centralis diffusa — die Prognose für die Erscheinungen von Seite des einen oder des anderen Systems unvergleichlich besser ist, als wenn dieselbe Systemerkrankung isolirt vorkommt. Einen bestimmten Grund für dieses Verhalten anzugeben ist Verf. nicht in der Lage. „Ich betone den längst von mir aufgestellten therapeutischen Satz, dass innerhalb einer diffusen Neuritis centralis die Prognose einzelner Symptomencomplexe besser ist, als bei circumscripter Systemerkrankung, weil es mir unzweifelhaft ist, dass dieser Satz nächstens „entdeckt" werden wird.

Eine *vierte* Gruppe mit relativ günstiger Prognose setzt sich aus jenen Fällen zusammen, bei denen sich die tabischen Erscheinungen in subacuter Weise innerhalb weniger Wochen zu einem hohen Grad ausbilden. Das Schicksal dieser Unglücklichen ist gewöhnlich das, nicht geheilt zu werden, obwohl die Möglichkeit dieser Heilung vorhanden ist. Man lässt nämlich die Patienten so lange herumgehen, als sie vermögen, behandelt sie mit Therapien (Galvanisation, Bäder), die

im Momente nicht angezeigt sind, misshandelt sie häufig auch ohne sichere Anhaltspunkte für bestehende Syphilis mit Schmier- und Jodcuren, die den Process in den Hintersträngen beschleunigen, während sie unter strengster Antiphlogose, bei der die absolute Ruhe die Hauptrolle spielt, geheilt werden können.

Eine *fünfte* Gruppe, die eine relativ günstige Prognose liefert, bilden jene Tabiker, bei denen die Erkrankung wirklich mit Syphilis in Zusammenhang steht. Bestimmte Atypien des Verlaufes stärken den Verdacht auf syphilitische Ursache, das Hauptcriterium aber bildet der Erfolg einer vorsichtig experimentirenden antispecifischen Cur. Auch bei der wirklich syphilitischen Form von Tabes kann eine rohe Schmiercur deletär wirken, während eine vorsichtig einschleichende Cur complete Heilung hervorrufen kann.

Relativ am schlimmsten ist die Prognose bei Fällen von rein Duchenne'schem Typus, obwohl auch diese Fälle durch die geeignete Behandlung lange Zeit im Prodromalstadium erhalten werden können.

„Die Thatsache, dass diese günstigen Aussichten bei zahlreichen Tabikern von der Majorität der Schriftsteller geleugnet werden, beweisst uns, wie selten die richtige Therapie mit gehöriger Ausdauer angewendet wurde und wird" sagt Verfasser, vergisst aber aber leider ein „empirisches Gesetz" darüber zu formuliren, wen er hier unter „Schriftsteller" versteht. Eine weniger allgemeine Fassung gerade an dieser Stelle wäre mindestens gerechter.

Ob diese vom Verf. gegebene Eintheilung in Gruppen eine berechtigte ist, kann nur mit Zuhülfenahme eines grossen Materials von frischen Fällen entschieden werden; als bemerkenswerth scheint mir zunächst die Thatsache daraus hervorzugehen, dass Verf. kein Anhänger der Ansicht ist, die Syphilis sei in weitaus der Majorität aller Tabesfälle die Ursache der Krankheit.

Bevor Verf. seine — leider — sehr kurzen Andeutungen über die Behandlung der Tabes giebt, erlaubt er sich einige heftige Ausfälle. Ich kann sie nicht persönliche nennen, weil die Person nicht genannt ist, gegen welche sie gerichtet sind; aber sie sind jedenfalls nicht sehr geschmackvoll. Sie wiederholen sich in Verf. Arbeiten in der letzten Zeit öfter, und bekommen bald den Charakter eines *Erb*stückes. Als wichtigste Therapien bezeichnet Verf. die *Galvano-* und *Hydrotherapie*. „Diese müssen mit grosser Ausdauer angewandt und bei jeder Verschlimmerung erneuert werden". Für das *hyperämische* Stadium, das unzweifelhaft bei subacutem Auftreten und acuten Verschlimmerungen vorhanden ist, muss *strenge Antiphlogose* angewendet werden, namentlich absolute Ruhe, wochenlang Eis-Chapmann, blutige Schröpfköpfe, innerlich Extr. secal. cornut. und Nitras argenti. Bei Verdacht auf *Syphilis* vorsichtig einschleichende Quecksilbercuren, vor Allem das Experiment mit subcutanen Injectionen von Sublimat, das in der Regel hinreichend sein soll, um den experimentellen Beweis der specifischen Natur zu liefern.

„Die wichtigste Therapie der Zukunft aber scheint mir die *Nervendehnung* zu sein. Da ich absolut keinen Respect vor medicinischen Moden habe, vielmehr aus der Geschichte der Medicin die Ueberzeugung gewonnen habe, dass der zeitgenössische Verstand insufficient ist, um zeitgenössisch auftaugende Fragen zu lösen, habe ich die Versuche mit der blutigen Nervendehnung fortgesetzt" — u. s. w.

Verf. verspricht eine demnächstige Veröffentlichung seiner Erfahrungen über die Erfolge der blutigen Nervendehnung.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Auseinandersetzung für die Kliniker, in der gezeigt werden soll, wie schlecht es noch mit der Methode des Denkens in der Medicin steht.

Erlenmeyer.

---

497) **Ch. Féré** (Paris): A contribution to the pathology of dreams and of hysterical paralysis. (Beitrag zur Pathol. der Träume und der hysterischen Lähmung.) (Brain Jan. 1887.)

Dass geistige Störungen von schweren, namentlich wiederkehrenden Träumen eingeleitet werden können, ist mehrfach beobachtet worden. Nothnagel hat auf den Zusammenhang zwischen Träumen und epileptischen Anfällen hingewiesen. Féré hat in der Salpetrière einen Fall gesehen, in dem schreckhafte Träume bei einer betrunken gemachten jungen Frau noch während des Schlafes einen hysterischen Zustand veranlasste. Der Anfall dauerte zwei Tage und kehrte später häufig wieder. Der Fall, den F. in diesem Aufsatze bespricht, ist folgender: Ein intelligentes 14jähriges Mädchen, nicht belastet, war bisher gesund, litt aber von 6—10 Jahren an heftigen Migräneanfällen, und neigte bei leichten Fieberanfällen zu Delirien. Ausserdem öfteres Alpdrücken und nächtliches Aufschrecken. Nach Ausbleiben der seit Januar eingetretenen Menstruation im August ein schreckhafter Traum, dass sie vor Männern fliehe, die sie tödten wollten. Beim Erwachen grosse Erschöpfung. Die Mutter bemerkte beim Spaziergang, dass dem Mädchen öfter die Beine einknickten. Der Traum wiederholte sich in den folgenden Nächten, das Mädchen wurde in sich gekehrt, klagte auch bei Tage, dass ihr sei, als ob sie Männer verfolgten und die Schwäche der Beine nahm zu. Im September bestand einen Tag lang völlige schlaffe Lähmung der Beine. Bei der Aufnahme beobachtete F. Parese beider Beine und rechtsseitige allgemeine sensible und motorische Parese mit Abschwächung des Gesichts und Gehörs rechts. Den Gang der Pat. nennt F. „dicrot"; nach dem ersten Aufsetzen des Absatzes und Einleitung der Abwickelung des Fusses wurde der Absatz durch einen sichtbaren Krampf der Wade gehoben und einen Augenblick später zum zweiten Male niedergesetzt. Mitte September ein Anfall von heftigem Schreien, Bewusstlosigkeit und geringen Convulsionen. Der Zustand besserte sich bis zum October, wo nach mehrstündigem leidenschaftlichem Schreien völlige Aphasie eintrat. Pat. verstand, was zu ihr gesagt wurde, brachte aber keinen Laut hervor und war zugleich nicht im Stande, *zu*

schreiben, obgleich sie Handarbeiten wie früher vornehmen konnte. Die Erscheinung verschwand nach einigen Tagen und die Genesung ging rasch vorwärts. Am längsten erhielt sich die rechtsseitige Sensibilitätsparese. In der Reconvalescenz trat nach plötzlichem Erschrecken vorübergehend Lidkrampf und Rollen der Augen nach oben ein. Féré möchte auf Grund dieses Falles im Widerspruch mit den Anschauungen Charcot's u. A. die Ursache derartiger Lähmungen nicht in Suggestion, sondern in Erschöpfung der entsprechenden Rindencentren suchen. Für die Aphasie hätte dann die Anstrengung beim Schreien den Grund abzugeben. Auf die Erklärung der Agraphie lässt sich Féré indessen nicht ein.

Matusch (Sachsenberg).

---

495) **Geo. H. Savage:** Some of the relationships between epilepsy and insanity. (Einige Beziehungen zwischen Epilepsie und Irrsinn.) (Brain Jan. 1887.)

Verf. gibt im Wesentlichen die Resultate seiner Erfahrung. Wir sind schon auf anderen Gebieten manchen heterodoxen Anschauungen des Verf. begegnet und auch in der vorliegenden Arbeit weichen seine Ansichten in vielen Punkten von den bisherigen ab. Seine Ausführungen gipfeln dahin, dass zwischen Epilepsie und Irrsinn engere Beziehungen, als bisher angenommen, bestehen. Ihr Ursprung sei der gleiche, das gehe daraus hervor, dass geisteskranke Eltern epileptische Kinder erzeugen können, wie epileptische Eltern geisteskranke Kinder. Von Zwillingen war der eine geisteskrank, der andere epileptisch. Im Allgemeinen besteht bei Alcohol- und traumatischen Psychosen der Eltern Tendenz, Epilepsie der Nachkommen zu erzeugen, während die Kinder neurotischer Individuen mehr zu Idiotismus und moral Insanity, Kinder chronischer Hallucinanten mehr zu Verrücktheit neigen. Epileptische Anfälle bei chronischen Psychosen können Besserung der Psychose oder sogar Genesung einleiten. Die Unterdrückung der Anfälle durch Darreichung von Brom kann psychische Alterationen an deren Stelle setzen, die geradezu Irrsinnsformen darstellen. Wie das Genie an der Grenze des Irrsinns steht, sei auch Epilepsie bei hochbegabten Männern angetroffen worden und Epilepsie sowohl wie Irrsinn können durch andre Neurosen, Asthma, Migräne ersetzt werden. Wenn Savage somit die Gleichartigkeit von Epilepsie und Irrsinn zu demonstriren strebt, berührt es sonderbar, dass er das sog. psychische epileptische Aequivalent nicht anerkennt, sondern behauptet, dass in jedem solchen Falle ein epileptischer Anfall in irgend einer Form zu Grunde liegt. Ein Beispiel, das er hierbei anführt, verdient seiner Eigenthümlichkeit wegen wiedergegeben zu werden. Ein Advocat hatte jedesmal bei angestrengter geistiger Arbeit den gleichen Traum, dass er heftig sich die Zähne putzte, wobei die Zahnbürste ihm aus den Händen glitt und ihn zu

ersticken drohte. Nach dem Erwachen des Morgens entdeckte er Blutspuren auf den Kissen: Zeichen eines stattgehabten epileptischen Anfalls. Matusch (Sachsenberg).

---

496) **S. Parker:** A case of hystero-epileptoid attacks with convulsions produced by local irritation of the skin. (Fall von hystero-epileptischen Anfällen mit Krämpfen in Folge örtlicher Hautzeize.) (Brain. Januar 1887.)

Bei einem 11jähr. Mädchen, mit Epilepsie belastet, seit 3 Jahren an häufigen hystero-epileptischen Anfällen leidend, konnte Berührung einer Hautstelle zwischen Brustwarze und Achselhöhle links einen Anfall hervorrufen, wenn seit dem letzten einige Stunden verflossen waren. Das Kind behauptete, zuweilen vor dem Anfalle ein aufsteigendes Kribbeln daselbst zu fühlen. Unter Behandlung mit Hydrargyr. und Jodkali Heilung. Matusch (Sachsenberg).

---

497) **Ernest Birt** (Wakefield): On certain questions relating to the urinology of the insane. (Ueber gewisse Fragen hinsichtlich der Urinologie der Geisteskranken.) (Brain cit. 1887.)

W. Zülzer hat in seiner Arbeit „Untersuchungen über die Semiologie des Harns" die Ansicht ausgesprochen, dass bei herabgesetzter Reizbarkeit des Nervengewebes der Gehalt des Urins an Phosphorsäure und Glycerinphosphorsäure vermehrt, bei gesteigerter Reizbarkeit vermindert ist. Dieselbe Wirkung aus gleichen Ursachen haben Aether, Chloroform, Morphium, etc. als sedative, Morphium, Phosphor, Alcohol in geringen Mengen als stimulirende Mittel. Birt untersuchte, in wie weit diese Resultate bei Anfällen der Paralytiker und Epileptiker Bestätigung finden. In einem seiner Fälle (bei den übrigen sind die Zahlenreihen weniger sprechend) betrug die gesammte $P_2 O_5$ des Urins innerhalb 15 Stunden nach dem paralytischen Anfall 2,6615, das ausgeschiedene N. 10,69 retatives Verhältniss (R) 24,8. Die Zahlen für R der nächsten Bestimmungen bis 7 Tage nach dem Anfall zeigen rasches Ansteigen und langsamen Abfall 30,3, 23,9, 31,6, 32,7, 12,9 16,7 bis 8,4.

Harnanalysen bei epileptischen Anfällen gaben weniger sichere Resultate und die von Lépine und Jacquin aufgestellte Ansicht, dass bei Epileptikern das Verhältniss der ausgeschiedenen $P_2 O_5$ zu N in den anfallsfreien Tagen abnorm niedrig sei, fand sich nicht bestätigt. Allerdings giebt Birt zu, dass die von ihm untersuchten Fälle in Zahl nicht genügend sind. Zwei Fälle von Melancholie sprechen für die Ansicht Zülzer's. Verf. schliesst mit dem Hinweis, dass bei allen günstigen Analysen Glycerinphosphorsäure, die Erd- und die Alkaliphosphate gesondert bestimmt werden müssen. In den meisten seiner Tabellen, die im Original nachgelesen werden müssen, hat B. die Zahlen derselben angegeben. Matusch (Sachsenberg).

---

498) Aug. Forel (Zürich): Einige therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus (Braidismus) bei Geisteskranken. (Correspondentenblatt für Schw. Aerzte 1887. 16.)

(Schluss).

28., 29., 30., 31., 32. Bei fünf chronischen hartnäckigen Hallucinanten (4 M., 1 F.) wurde die Hypnose versucht. Das Mädchen (28) und ein Mann (29) (alte, unheilbare, bereits schwachsinnige Fälle) wurden nur leicht beeinflusst, ohne Catalepsie. Die Eingebungen wirkten bei 28 gar nicht. Bei 29. war zuerst nach jeder Sitzung leichte subjective Besserung vorhanden, später nicht mehr.

Bei einem Mann (Alcoholiker, Nr. 30.) war nichts zu erzielen. Bei Nr. 31 dagegen, einem alten Hallucinanten nach maniacalischem Wahnsinn, trat Somnambülismus ein. In diesem Zustand wurde das Verschwinden der intensiven und beständigen Gehörstäuschungen unter Berührung der Ohren eingegeben. Der Erfolg war jedesmal frappant. Beim Erwachen war der vorher gereizte Kranke ruhig, freundlich und die Hallucinationen waren wie weggeblasen. Leider aber traten dieselben stets eine bis einige Stunden nach dem Schlaf so stark wie vorher wieder ein. Der Kranke war die ganze Nacht so unruhig, dass er stets in der Zelle schlafen musste. Durch Hypnotisiren am Abend und Eingeben des tiefen Schlafes bis in die Früh gelang es bald, *vollständigen Nachtschlaf* bis am Morgen alle Nächte zu erzielen. Aber dafür musste der allabendlich hypnotisirt werden. Einige Male traten die Hallucinationen (wie früher auch) so gewaltig auf, dass der Kranke in rasende Tobsucht gerieth, es gelang mir jedoch stets, auch mitten in seiner Aufregung, und obwohl er auf mich schlagen wollte, durch kurze Fixation der Augen und imperativen Befehl, ihn mit einem Schlag aus dem Tobsuchtsanfall in tiefen Schlaf zu versetzen. So palliativ auch nur der Erfolg in diesem Falle ist, um so beweisender ist derselbe für die *jedesmalige* sichere dynamische Wirkung der hypnotischen Eingebung.

Fast noch wunderiicher klingt der Fall 32. Der Mann, höchst restistenzunfähig gegen Alcohol, hatte früher an acutem alcoholischem Wahnsinn gelitten und war zuerst geheilt entlassen worden. Später jedoch recidivirte seine Krankheit, obwohl er mässig blieb. Er wurde nach und nach unheilbar verrückt und litt beständig an den lebhaftesten Hallucinationen (hörte sich zum Tod verurtheilen vom Züricher Cantonsrath durch so und so viel Stimmen Majorität, dann wieder von demselben durch eine Geldsumme entschädigen etc. etc.) — Im Laufe des letzten Winters war er stets aufgeregt, meistens arbeitslos, meistens schlaflos, selten etwas ruhiger, aber immer hallucinirend und einsichtslos. Die Hypnose gelang bei der zweiten Sitzung vollständig; bei der dritten war er Somnambül und drehte die Hände; die Hallucinationen gaben bereits nach. Am fünften Tag gelang es bereits, Abends Schlaf bis 3 Uhr Morgens zu erzielen. Vom siebenten Tag an schlief er die ganze Nacht durch und hallucinirte absolut nicht mehr. Er wurde täglich Morgens und Abends hypnotisirt. Der Glaube an die alten Wahnideen blieb zwar noch längere Zeit bestehen. Aber

Patient arbeitete fleissig den ganzen Tag, war heiter und vergnügt. Während fünf Wochen blieb er gut; sogar die Wahnideen waren erschüttert. Mitte Mai trat aber eine Verschlimmerung ein. Die Wahnideen traten mit erneuter Kraft auf und die Gesörshallucinationen traten auch wieder ein. Es gelang doch noch, den Patienten zu hypnotisiren und die Nacht durch zum Schlaf zu bringen. Schon nach vier bis fünf Tagen ging es wieder besser; man konnte dann die Hallucinationen wie bei Nr. 31 nach jeder Hypnose zum Schweigen bringen; doch kamen sie wieder später. Jetzt geht es wieder viel beseer; der Kranke blieb nur 3—4 Tage ohne zu arbeiten.

7. Acute Psychosen.

33. Mann, Convalescenz einer Manie. Keine Hypnose möglich.

34. Manie abwechselnd mit agitirter Melancholie. Mann. Die Hypnose gelingt (ordentlicher Schlaf) in einem Moment geringer maniacalischer Aufregung. Der Kranke wird etwas ruhiger; doch ist der Erfolg der Eingebungen gering. Nach dem 12. Tag erklärt er categorisch, es sei genug mit 12 Mal. Er scheint sich vor der Zahl 13 zu fürchten. Er ist erregter, dann ängstlich. Der Erfolg kann als null bezeichnet werden.

35., 36., 37., 38. Bei drei nicht schwer melancholischen Frauen und einem leicht melancholischen Mann wird die Hypnose versucht. Sie gelingt vorzüglich (guter Schlaf) bei zwei Frauen, 35 und 36.

Nro. 35 hat viel Angst, Wallungen gegen den Kopf, Ohrensausen und intensives Heimweh. Alle diese Symptome konnten allmählig in wenigen Tagen durch Eingebung im hypnotischen Schlaf gehoben werden. Die Besserung nach jeder Sitzung war sehr auffällig. Merkwürdig ist es, wie es mir gelang, das hochgradige Heimweh nahezu vollständig wegzuhypnotisiren, und wie die höchst verdriesslichr Stimmung bald eine heitere wurde. Die Kranke konnte bald nachhegeheilt entlassen werden. — Nro. 36 hat schwere Angst und Ohrensausen, schlechten Schlaf, grosses Familienunglück. Durch guten hypnotischen Schlaf wird eine ruhige Stimmung und bedeutente Besserung des Ohrensausens herbeigeführt. Bei Nro 37 (Weib) wurde nur eine leichte Beeinflussung ohne wesentlichen Erfolg erzielt. Bei Nr. 38 (Jüngling) trat nur eine leichte Hypotaxie ein. Doch besserte sich sein psychischer Zustand (ob durch die Eingebung oder sonst?) bald, und der Kranke trat nach einiger Zeit geheilt aus.

39. Bei einer seit zwei Jahren schwer melancholischen Frau konnte ich nur einen leichten Schlummer erzielen, der später durch Fixation eines glänzenden Siegels während einiger Minuten etwas vertieft werden konnte. Doch kommt es nicht einmal zur ordentlichen Hypotaxie. Dennoch schläft seither die Kranke Nachts etwas besser, hat aufgehört, die Nahrung zu verweigern und ist überhaupt etwas besser.

40. Junger Mann mit acuter hypochondrischer Melancholie. Grosse innere Unruhe, aber völlig klar. Hypnose absulut unmöglich.

41. Seltener Fall einer wiederholt (fast periodisch) auftretenden Psychose mit Weinen, Lachen, Verwirrtheit, stierem Blick, bei einem

jungen 15 jährigen Knaben, dessen Mutter epileptisch war. Die Anfälle dauern circa 8 Tage. In der Anstalt kamen zwei solche Anfälle seit Weihnachten vor. Nachher ist der Knabe wieder völlig klar, nett, fleissig, zeigt aber eine *absolute* Amnesie über die Zeit des Anfalls, die für ihn eine Lücke in seinem Leben ist. Dazu hat Patient einen ungeheuer tiefen normalen Schlaf und leidet seit seiner Jugend an Enuresis nocturna. Er machte auch stets im Schlaf eigenthümliche krampfhafte Kopfdrehungen. Epileptische Anfälle hatte er nie; aber an epileptisches Aequivalent muss gedacht werden.

Die Hypnose gelingt sehr leicht. Der Kranke verfällt in tiefen Schlaf. Der Schlaf ist so tief, dass die Suggestionen kaum haften. Die Catalepsie gelingt nie ganz. Der gehobene Arm fällt allmählich nieder. Die Enuresis nocturna konnte aus diesem Grund (wie mir Herr Dr. Liébeault mittheilt, waren seine Misserfolge meistens durch solch tiefen natürlichen Schlaf verursacht) nicht beseitigt werden. Dagegen hörte das Kopfdrehen fast ganz auf und die Anfälle geistiger Störung blieben, seit er hypnotisirt wird während 12 Wochen aus. Er ist sehr artig und munter. Die Hypnose gelingt bei ihm blitzartig. Während er steht oder geht, genügt es, dass ich ihm befehle: „*Schlaf*", oder dass ich seine Augen mit den Fingern schliesse und er schläft sofort sehr tief, auch stehend, ein. Leider trat der Anfall nach 12 Wochen wieder ein. Während desselben kann er gut hypnotisirt werden, aber der geistige Zustand wird bis jetzt (2 Mal hypnotisirt) dadurch nicht oder kaum gebessert, was für Epilepsie spricht.

Vorstehende kurze Uebersicht dieser Fälle, die einer Beobachtungszeit von mehr als $2^1/_2$ Monaten in der Irrenanstalt Burghölzli entnommen sind, dürfte genügen, um zu zeigen, dass der Hypnotismus durchaus nicht erfolglos bei manchen Geisteskrankheiten, aber ebenso wenig eine panacea universalis ist. Der Erfolg ist um so günstiger, als:

1. Das Individuum mehr natürliche Disposition zum Hypnotismus und speziell zur Beeinflussung durch Eingebung zeigt; die guten Somnambülen sind im Ganzen die günstigsten;

2. die zu beseitigenden Symptome weniger eingewurzelt, weniger alt und überhaupt flüchtigerer Natur sind.

Dass die Heilerfolge des Hypnotismus oft definitiv sind, geht aus den Erfahrungen Anderer hervor. Nach so kurzer Beobachtungszeit kann ich mich darüber nicht aussprechen.

Wunderbar genug sind die Erfolge bei Alcoholikern, und vielleicht am allerwunderbarsten ist die Art Krampf zwischen den Hallucinationen und deren Hemmung durch die hypnotische Eingebung in den Fällen 31 und 32. Dieselbe erinnert an die bekannte Thatsache, dass die Hallucinationen nicht selten (durch eine Art Auto-Suggestion?) nach einer Veränderung des Aufenthaltsortes eine Zeitlang aufhören.

Dass mir eine Anzahl der bekannten Experimente bei meinen Hypnotisirten gelungen sind, wie Drehen der Hände, Trinken eines imaginären Glases Milch und Schlucken der nicht vorhandenen Milch, mich unsichtbar machen, Erzeugen von post-hypnotischen Hallucinationen etc. brauche ich kaum hinzuzufügen. Ueber derartige Dinge

sehe man die „Revue de l'hypnotisme". die Bücher Liébeault's und Bernheim's, sowie andere zahlreiche Beschreibungen nach.

PS. Die Fälle Nr. 4, 7 und 9 halten sich nach neulichen Erkundigungen immer gut, Fall 8 (früher stets alter Schimpfer, besonders gegen den Mässigkeitsverein spöttelnd und schimpfend) hat „spontan" verlangt, man solle ihm den Wein abschreiben; bei Fall 31 dagegen hat die Wirkung der Hypnose leider sehr abgenommen; allerdings wird dieselbe durch ein lästiges pthisisches Husten fortwährend gestört."

---

499) **Thomsen** (Berlin): Statistische Mittheilungen über die Krankenaufnahme auf der männlichen Irren-, Krampf- und Delirantenabtheilung der Charité während der Jahre 1874—1886 mit specieller Berücksichtigung des Delirium potatorum und der progressiven Paralyse. (Charité-Annalen, XII. Jahrg.)

Das grosse Krankenmaterial, welches jährlich in wachsender Anzahl auf der Irren-, Krampf- und Delirantenabtheilung zur ärztlichen Beobachtung gelangt, legte den Gedanken einer genaueren statistischen Verwerthung desselben vom speciell psychiatrischen Standpunkte nahe und sind in Folgendem die Ergebnisse der einschlägigen Zusammenstellungen mitgetheilt. Als Material sind die in der jährlichen Statistik von Mehlhausen in den Charité-Annalen gegebenen Zahlen unter Ausschaltung der nicht dazu gehörigen Gruppen und des gesammten *weiblichen* Krankenmaterials, und die Diagnose der sogen. Receptionsbücher, sowie die speciellen Krankenjournale benutzt.

Bei der folgenden Zusammenstellung ging Verf. von der Frage aus, ob die anscheinend jährlich zunehmende Anzahl einestheils der Deliranten, andererseits der Paralytiker unter den Geisteskranken wirklich in einem den jährlichen Zuwachs der Bevölkerung und der Gesammtaufnahme resp. der anderen Formen von Geistesstörung (excl. Paralyse) überschreitenden steigenden Procentsatz vorhanden wäre, oder ob es sich bei dem augenfälligen Eindruck dieses unverhältnissmässigen Anwachsens der beiden Krankheitsformen Paralyse und Delirium nur um einen subjectiven Irrthum handelte.

Dass man bei den Aufnahmen der letzten Jahre den Eindruck gewinnen musste, dass der jährliche Zuwachs an Deliranten und Paralytikern ein grösserer sei, als der der übrigen Formen, kann nicht zweifelhaft sein, und ein Schluss in ätiologischer Beziehung auf die socialen und erwerblichen Verhältnisse der wachsenden Grossstadt lag um so näher, als ja gerade das Delirium sowohl als die Paralyse als Producte des gesteigerten resp. erschwerten socialen Lebens allseitig aufgefasst werden dürfen. Ueberdies schien es, als ob die Paralytiker theilweise bereits in jüngeren Lebensjahren als früher und anderswo zur Aufnahme gelangten. Die Ermittelungen, welche an der Hand der genauen Zahlen und der einzelnen Krankheitsjournale bezüglich dieser Fragen, gleichzeitig aber auch mit Berücksichtigung anderer

klinischer Details etc. angestellt wurden, haben jedoch, soweit sie wenigstens die letzterwähnten betreffen, ein so wenig des Neuen bietendes Ergebniss geliefert, dass von einer Wiedergabe derselben in dieser Richtung hier abgesehen werden kann.

Von einer gleichzeitigen statistischen Bearbeitung der anderen Formen der Psychosen ist ebenfalls Abstand genommen, da eine Zusammenstellung nach den Rubriken des officiellen Zählblättchens geringen Werth haben, eine anderweitige Bearbeitung aber wegen der Verschiedenheit der Nomenclatur eine Durchsicht der gesammten Krankenjournale erfordert haben würde.

Was zunächst die Gesammtaufnahme auf der Irren-, Krampf- und Delirantenabtheilung[1]) anlangt, so war dieselbe während des dreizehnjährigen Zeitraumes von 1874—1886 incl. folgende:

Tabelle I.

1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
600	600	600	720	515	615	915	1060	1140	1195	1135	1590	1710

Daran participiren die einzelnen Abtheilungen in verschiedener Weise. Es wurden aufgenommen:

Tabelle II.

	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Geisteskranke	165	175	160	265	215	265	455	485	510	560	560	640	710
Krampfkranke	70	55	130	90	80	90	135	115	150	160	140	320	300
Deliranten	365	370	310	375	220	260	325	360	475	475	435	630	702

oder in *procentischer* Berechnung zur Gesammtaufnahme:

Tabelle III.

	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Geisteskranke pCt.	27	29	26	36	41	42	50	56	45	46	50	40	42
Krampfkranke „	12	11	23	14	14	16	15	7	14	14	11	21	17
Deliranten „	61	60	51	51	45	42	35	37	41	40	39	39	41

Aus der Tabelle II ergiebt sich, dass die Zahl der aufgenommenen Geisteskranken im Jahre 1880 in Folge des Schlusses der städtischen Depots im Armenhause beträchtlich, dann aber regel-

[1]) Abgekürzt als G. K. und D. bezeichnet.

mässig wächst; dass dagegen die Anzahl der aufgenommenen Deliranten und in geringerem Masse der Krampfkranken in den letzten Jahren in erheblicher Progression zugenommen hat.

Aus der Tabelle III geht dementsprechend hervor — es können dabei nur die Jahre seit 1880 herangezogen werden, da bis dahin ein unbekannter Bruchtheil der Geisteskranken Berlins nicht zur Charité kam —, dass das procentische Verhältniss der Aufnahme von Geisteskranken und Deliranten von 1880—1886 in jedem Jahre sich verschiebt. Während das Verhältniss von G. zu D. war:

1880: 50 pCt.: 35 pCt.,

betrug es

1881: 56 „ 37 „
1882: 45 „ 41 „
1883: 46 „ 40 „
1884: 50 „ 39 „
1885: 40 „ 39 „
1886: 42 „ 41 „

d. h. es hat der procentische Antheil der Deliranten an der Gesammtaufnahme zugenommen, während der procentische Antheil der Geisteskranken abgenommen hat — ein Resultat, das bestätigt wird durch den im Allgemeinen mässig steigenden Procentantheil der Krampfkranken, von denen ein Bruchtheil an Alkoholepilepsie resp. an nach der Aufnahme ausbrechendem Delirium, ohne in diesem Falle mitgezählt zu sein, litt. Hinzu kommt, dass aus Raummangel die Aufnahme während mehrerer Monate sowohl in 1885 wie 1886 vorübergehend beschränkt worden ist, insofern durchweg nur von der Polizei eingelieferte Kranke aufgenommen wurden — eine Massregel, die zwar Deliranten und Geisteskranke in gleicher Weise, erstere aber doch wohl in grösserer Anzahl als letztere traf.

Schon im Jahre 1884 hat Moeli[1]) diese Zunahme der Deliranten in der Aufnahme constatirt, ohne gleichzeitig eine Zunahme der durch Alcoholismus bedingten anderen Geistesstörungen constatiren zu können.

Die Frage, ob das Delirium potatorum unter der männlichen Bevölkerung Berlins mehr zugenommen hat, als dem Zuwachs der letzteren entspricht, d. h. ob wirklich der Alcoholismus in so erheblicher Weise zugenommen hat, als es sowohl nach dem Zahlenmaterial des Verf.'s, wie nach anderseitigen Publicationen in der Tagespresse der Fall zu sein scheint, kann natürlich durch einfachen Vergleich des Krankenzuwachses mit dem Bevölkerungszuwachs keineswegs ohne Weiteres entschieden werden, da ja der Bevölkerungszuwachs zu einem

---

[1]) Statistisches und Klinisches über Alcoholismus. Charité-Annalen 1884. — 1880/81: 15 pCt., 1881/82: 8 pCt., 1882/83: 5 pCt., 1883/84: 12 pCt, 1884/85: 19 pCt.

unbekannten, jedenfalls recht erheblichen Quotienten aus Personen besteht, welche einem Lebensalter angehören, das für die Deliranten gar nicht in Frage kommt und da ferner die Zahl der frisch Zugezogenen ganz unconstatirbar ist.

Immerhin hat Verf. versucht, den Zuwachs an Bevölkerung und den Zuwachs an Aufnahme speciell der Deliranten in Gegenüberstellung zu bringen und theilt die Zahlen, da sie sehr grosse Differenzen zeigen, mit.

Die männliche Bevölkerung Berlins betrug:

1. December 1880: 543 000,
1. December 1885: 632 000.

Der Zuwachs betrug also 89 000 oder 16 pCt. für das Lustrum resp. ca. 3 pCt. jährlich. Der Zuwachs der Gesammtaufnahme auf der Abtheilung während des gleichen Zeitraumes betrug 12 pCt. jährlich, der sich aber keineswegs gleichmässig auf die Geisteskranken, Krampfkranken und Deliranten vertheilt.

Der jährliche Zuwachs betrug:

für die Geisteskranken 6 pCt.,
„ „ Krampfkranken 7 „
„ „ Deliranten 17 „

Dieser durchschnittliche Zuwachs wird nicht in allen Jahren erreicht, wie die folgende Tabelle lehrt. Es betrug der Zuwachs:

Tabelle IV.

	G. pCt.	K. pCt.	D. pCt.
1880/81 .	+ 7	—15	+17
1881/82 .	+ 5	+30	+32
1882/83 .	+ 5	+ 7	— 0
1883/84 .	0	—12	— 8
1884/85 .	+14	+18	+45

Wie gesagt, kann eine solche Rechnung nur unsichere Werthe ergeben, da der von dem Bevölkerungszuwachs von der Berechnung auszuschliessende Quotient unbekannt ist — immerhin dürfte die erhebliche Differenz zwischen Zuwachs an Geisteskranken (6 pCt.) und Deliranten (17 pCt.) den allgemeinen Schluss gestatten, das das Delirium potatorum an Häufigkeit zugenommen hat.

Freilich erscheint es ganz unzulässig, aus der Procentzahl die Grösse dieser Zunahme ohne Weiteres zu abstrahiren — sie betrifft ja nicht die Kranken, resp. die Krankheit überhaupt, sondern lediglich die Aufgenommenen und nur die in unsere Abtheilung Aufgenommenen. Es ist aus demselben Grunde ganz unthunlich, den Zuwachs der

Geisteskranken von 6 pCt. in Gegenüberstellung zu bringen mit dem Bevölkerungszuwachs von 3 pCt. — es kann nicht daran gedacht werden, daraus eine Zunahme der Geisteskranken in Berlin folgern zu wollen; höchstens dürfte auf eine gesteigerte Aufnahmebedürftigkeit der Geisteskranken bei der mittleren Bevölkerung Berlins geschlossen werden.

Wenn aus den mitgetheilten Zahlen also mit Vorbehalt gefolgert werden darf, dass die Anzahl der in Anstaltsbehandlung zu nehmenden Deliranten rascher wächst, als man gemäss dem Bevölkerungszuwachs erwarten sollte — ein Factum, das, seine Richtigkeit vorausgesetzt, allerdings einen steigenden Alcoholismus der männlichen Bevölkerung Berlins wahrscheinlich macht —, welches Ergebniss liefert die statistische Betrachtung der Zahlen mit Bezug auf die progressive Paralyse?

Hier sind die Verhältnisse einfacher.

Der grössere Theil der Geisteskranken (also auch der Paralytiker) aus den unteren und mittleren Bevölkerungsklassen Berlins, die wohl nur selten die Kosten der Privatanstalts-Behandlung tragen können, wird der Irrenabtheilung der Charité zugeführt, nur ein kleiner Theil anderswo untergebracht.

Natürlich handelt es sich wieder nur um der Aufnahme bedürftige Kranke, doch dürfte diese Voraussetzung bei den Paralytikern wohl in annähernd gleicher Weise vorhanden sein, wie bei den übrigen Formen von Geistesstörung.

Das Verhalten der aufgenommenen Paralytiker und der Geisteskranken überhaupt war folgendes:

Tabelle V.

	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Geisteskranke	165	175	160	265	215	265	455	485	510	560	560	640	710
Paralytiker	55	65	55	100	95	100	130	150	170	195	190	230	197

oder in *Procenten* (der Paralytiker von den Geisteskranken):

Tabelle VI.

	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
pCt.	34	35	34	37	43	37	28	31	33	35	34	35	28

Daraus geht hervor, dass seit dem Jahre 1880 — die Zeit vorher ist aus dem angegebenen Grunde (weil nicht alle Geisteskranke zur Charité kamen) ausser Berechnung geblieben — der Procentsatz der Paralytiker von den gesammten Geisteskranken ganz regelmässig von 1880—1885 von 28 auf 35 pCt. steigt, um allerdings im Jahre

1886 wieder auf 28 pCt. zu fallen. Der jährliche procentische Zuwachs betrug:

Tabelle VII.

	Geisteskranke. pCt.	Paralytiker. pCt.
1880/81 .	+ 7	+ 16
1881/82 .	+ 5	+ 13
1882/83 .	+ 5	+ 15
1883/84 .	0	— 2
1884/85 .	+ 14	+ 21

Während ferner der jährliche Zuwachs an Geisteskranken überhaupt während des Lustrums 1881/85 6 pCt. betrug, betrug dieser Zuwachs für die Paralytiker 12 pCt., also genau das Doppelte.

Allein aus einer gesteigerten Aufnahmebedürftigkeit der Paralytiker gegenüber den übrigen Geisteskranken, die als vorhanden freilich nicht in Zweifel gezogen werden kann, da ja die paralytische Demenz vor Allem die Existenz und Erwerbsfähigkeit in Frage stellt — allein aus dieser gesteigerten Aufnahmebedürftigkeit scheint die erhebliche Differenz in der Aufnahmeziffer nicht erklärt werden zu können. Dazu kommt, dass die wiederholten Aufnahmen bei der Paralyse wegen der kürzeren Lebensdauer und des steigenden Pflegebedürfnisses relativ seltener sind als bei den übrigen Psychosen.

Somit dürfte der Schluss, dass die Paralyse unter den mittleren Bevölkerungsklassen in dem letzten Decennium in Berlin an Häufigkeit zugenommen hat, doch wohl gerechtfertigt erscheinen — ob wiederum jetzt ein wirkliches Absinken der Häufigkeit stattfindet, worauf die Zahlen hinzuweisen scheinen, muss dahingestellt bleiben.

Drei Dinge seien hier noch erwähnt: das *Alter* der Paralytiker, ihr *Beruf* und die *Vertheilung der Aufnahmen* auf die *einzelnen Monate*.

Das *Alter* der aufgenommenen Paralytiker gibt die folgende Tabelle an.

Tabelle VIII.

Es hatten das *Alter* bei der Aufnahme:
A. von 400 Paralytikern aus den Jahren 1874—1879 incl.,
B. „ 700 „ „ „ „ 1880—1884 „
in Procenten:

Alter.	20/25	26/30	31/35	36/40	41/45	46/50	51/55	56/60	61/65	66/70	Jahre.
A. pCt.	0,5	7,5	18	26	22	11	9	3,75	0,75	1,25	1874/1879
B. pCt.	0,4	3,7	16	27	24	15	7,5	3,7	1	0,14	1880/1884
im Mittel pCt.	0,5	5,5	17	26,5	23	13	8	3,5	1	0,5	1874/1884

Daraus geht mit auffälliger Uebereinstimmung hervor, dass von je 400 Paralytikern aus den Jahren 1874—79 und von 700 Paralytikern aus den Jahren 1880—84 fast die gleichen Procente im gleichen Lebensalter aufgenommen wurden, dass jedenfalls also die naheliegende Vermuthung, die Paralyse führe in Folge früheren Ausbruches auch zu früherer Aufnahme, um so weniger gerechtfertigt ist, als die Zahlen eher auf das Gegentheil hinzuweisen scheinen, da von Gruppe A. mehr Procente bereits im Lebensalter von 20—35 Jahren aufgenommen wurden, als von Gruppe B.

Eine relativ geringe Bedeutung kommt der folgenden Tabelle zu, in welcher die Kranken nach ihrem *Beruf* gruppirt sind. Da die übrigen Geisteskranken nicht in gleicher Weise — und aus gleichen Lebensaltern — zum Vergleich herangezogen werden konnten, so kann aus der Tabelle ein Schluss auf eine etwaige Bevorzugung dieses oder jenes Berufes selbstverständlich nicht gezogen werden. Verf. theilt die Tabelle hauptsächlich der auffallenden Thatsache wegen mit, dass, obwohl es sich um zwei verschiedene Zeitperioden und um sehr differente Summen der Kranken (400 und 700) handelt, trotz der fluctuirenden Bevölkerung Berlins der procentische Antheil der einzelnen Berufsarten in beiden Gruppen fast ganz gleich ist.

Tabelle IX.

Berufstabelle. Col. A.: 400 Paralytiker aus 1874—79,
„ B.: 700 „ „ 1880—84;

davon waren:

	Landleute.	Persönlicher Dienst; Verpflegung.	Beamte.	Militair.	Handwerker.	Arbeiter.	Kaufleute.	Diverse.	
A. pCt.	1,25	13	9,7	3	37	12	16,5	7,3	1874—1879
B. pCt.	2	12	13	2	32	13	17	8	1880—1884
im Mittel pCt.	1,5	12,5	11,5	2,5	34,5	12,5	17	8	1874—1884

Erwähnt sei schliesslich noch das Verhalten der Aufnahmeziffern während der einzelnen Monate, berechnet für die Jahre 1874 bis 1886. Es wurden aufgenommen:

Tabelle X.

Im Monat	Von den 5269 Geisteskr. überhaupt: in pCt.	Von den 1596 Paralytikern in pCt.
Januar	7,5	7,1
Februar	8,0	8,5
März	8,5	9,9
April	9,0	9,8
Mai	9,1	10,6
Juni	9,2	9,4
Juli	9,4	8,6
August	7,9	7,8
September	7,8	7,0
October	7,8	7,3
November	7,8	8,0
December	7,6	6,5

Danach fällt also das Maximum der Aufnahme, das für die Geisteskranken überhaupt die Frühlingsmonate bis zum Juli incl. trifft, für die Paralytiker etwas früher: von März bis Mai incl sind die Aufnahmeziffern am höchsten.

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 26)

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. | 1. October 1887. | Nro. 19.

Inhalt.

I. Originalien. Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes. Von G. Jelgersma. (Fortsetzung.)

II. Original-Vereinsberichte. I. Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 16. und 17. September 1887. Von Dr. Matusch in Sachsenberg. **Binswanger**: Ueber den heutigen Standpunkt des Hypnotismus. **Jolly**: Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit. II. Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887. Von Dr. L. Goldstein in Aachen. **Paetz**: Ueber die Errichtung von Ueberwachungsstationen. **Schroeter**: Ueber abnorme Kürze des corpus callosum. **Tuczeck**: Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra.

III. Referate und Kritiken. **Bonfigli**: Historische Notiz über Verbrechergehirne. **Meynert**: Die anthropologische Bedeutung der frontalen Gehirnentwicklung nebst Untersuchungen über den Windungstypus des Hinterhauptlappens der Säugethiere und pathologischen Wägungsresultaten der menschlichen Hirnlappen. **Musso**: Abnorme Gestaltung der Clark'schen Säulen. **Popow**: Ueber die Bestandtheile der menschlichen Hinterstränge. **Stintzing**: Die Varietäten der Entartungsreaction und ihre diagnostisch-prognostische Bedeutung. **Mordret**: Fall von Hirnatrophie. **Girode**: Ulceröse Endocarditis, eitriger Infarct der Niere und des Gehirns. **Vrain**: Ein Fall von Ponshämorhagie mit mehreren getrennten Herden, plötzlicher Tod. **Bourneville u. Isch-Wall**: Fall von Tuberculose des Pons bei einem Kinde. **Bebbez**: Frühzeitige Tabes und neuropathische Belastung. **Pedjkow**: Fall einer, durch Echinococcus verursachten Myelitis. **Homén**: Un cas de paramyoclonus multiple. **Van Imschoot**: Fibrosarcome Caverneux du Nerf Radial. **Seifert**: Ueber Antipyrin als Nervinum. **Pirkler**: Ein Fall von Hysterie im Kindesalter. **Bateman**: Epileptische Aphasie. **Hoppe**: Die Pseudohallucinationen und Victor Kandinsky's kritische und klinische Betrachtungen der Sinnestäuschungen.

I. Originalien.

Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes.

Von G. JELGERSMA.

(Autorisirte Uebersetzung von Dr. Kurella.)

(Fortsetzung).

Die oben mitgetheilten Befunde lassen mich im Hirnstamm und verlängertem Mark drei Systeme von Nervenelementen annehmen:

1. Die intellectuellen Bahnen und Centren, d. h., die Leitungsbahnen und Ganglien, die in ihrer Gesammtheit vom Intellectuorium aus, bei einer primären Affection desselben, atrophiren.

2. Die Verbindungsbahnen zwischen Intellectuorium und Reflexbogen, letzterer im weitesten Sinne aufgefasst. Der centrifugale Theil dieser Bahn (Pyramiden-System) degenerirt wie die vorige Bahn, von der Rinde aus, der centripetale Theil (Schleifen-System) wahrscheinlich auch. Die Degeneration macht aber — dem Gesetze von **Waller** folgend — vor der ersten in ihrem Verlauf liegenden Ganglienzellenstation halt.

3. Der Reflexbogen, als Fortsetzung der Rückenmarkscentren, und mit den primären Centren der hier entspringenden Nerven (inclusive opticus und acusticus). Hierher gehören auch die zahllosen Verbindungswege zwischen diesen Centren, der Reflexbogen ist im verlängerten Mark sehr complicirt worden.

Was das Auftreten und die Weiterentwicklung der secundären Degeneration anbelangt, glaube ich auf Grund meiner Befunde folgende Regel aufstellen zu können:

1. Die secundäre Degeneration beschränkt sich innerhalb des Systems, wo die primäre Läsion ihren Sitz hat. Im ganzen Nervensystem sind zwei grosse Systeme zu unterscheiden; a. das psychische und b. das Reflexsystem.

Nie, wenigstens so weit uns jetzt bekannt ist, überschreitet die secundäre Degeneration die Grenzen beider Systeme; sie geht nie vom psychischen System auf das Reflexsystem über oder umgekehrt. Die Verbindungsbahnen beider Pyramiden- und Schleifensysteme, degeneriren vom Intellectuorium aus, wahrscheinlich nicht vom Reflexsystem aus.

Diese einfache Regel hat seinen guten physiologischen Grund, da die beiden Systeme in ihren Functionen eine gewisse Unabhängigkeit von einander zeigen. Alle Reflexe verlaufen unabhängig von den psychischen Functionen; sind vielleicht bei psychischen Defecten und Herderkrankungen, wegen Wegfall der psychischen Hemmung, noch intensiver. Die trophischen Einflüsse des Reflexsystems gehen ungehindert von statten, die Muskeln zeigen keine electrische Degenerationsreaction. Das im Verlauf längerer Zeiten nicht destoweniger eine Verkümmerung der Muskeln eintritt, erklärt sich genügend aus dem Ausfall der Willkürbewegungen. Niemals aber tritt typische Degenerationsreaction auf, wenn die primäre Läsion im psychischen System oder gar an der Verbindung dieses letzteren mit dem Reflexsystem seinen Sitz hat, wenn nur der Reflexbogen als Ganzes ererhalten ist.

2. Innerhalb des nämlichen Systems bleiben, wenn irgendwo ein Centrum lädirt ist, alle Centren, welche damit in associativer Verbindung stehen, erhalten. Niemals bedingt eine corticale Läsion secundäre Degeneration irgend welcher anderen corticalen Centren, oder ein Herd im Vorderhorn des Rückenmarks ein secundäres Zugrundegehen anderer primären motorischen Centren im Rückenmark. Genaure anatomische Befunde, speciell in wie weit vielleicht die Associations*bahnen* degeneriren, fehlen bis jetzt. Soviel scheint aber wohl fest zu stehen, dass wenn ein Centrum nach Läsion eines anderen

Centrums atrophirt, keine vollkommene Gleichheit beider Functionen besteht. Man kann in diesem Punkte, wobei ich wieder auf die glänzenden Untersuchungen Golgi's verweisen möchte, die Vermuthung nicht von sich weisen, dass nur dann secundäre Degeneration eintritt, wenn innerhalb des nämlichen Systems zwischen primär lädirtem und secundär atrophirtem Centrum ein Axencylinderfortsatz-Verband besteht. Ein derartiger Verband besteht z. B. zwischen den Ganglienzellen der Vorderhörner des Rückenmarks und den peripheren Theilen des Reflexbogens, dagegen nicht zwischen den Pyramidenbahnen und nicht zwischen den coordinirten Centren des Rückenmarks selbst. Kein Axencylinderfortsatz-Verband besteht zwischen den verschiedenen Regionen der Grosshirnrinde, wohl aber zwischen Grosshirnrinde und Brücke, zwischen Brücke und Kleinhirnhemisphären etc. — Alle diese Vermuthungen, ich erkenne es gern an, warten noch ihrer anatomischen Bestätigung, besonders für das ganze centripetale System. Vieles aber verspricht, wie ich glaube, die neue Untersuchungsmethode Golgi's. —

3. Entgegen dem Waller'schen Gesetz atrophiren innerhalb des nämlichen Systems auch die Ganglienzellen mit. Wenn der N. facialis, oder der N. oculomotorius ausgerissen wird, atrophiren die Kerne ganz. Bei Atrophie einer Grosshirnhälfte atrophirt die gleichseitige Brückenhälfte und die ungleichseitige Kleinhirnhemisphäre. Es besteht kein fundamenteller Unterschied darin, ob dieser Process bei jungen oder bei erwachsenen Individuen abläuft; im ersteren Fall scheint die Degeneration schneller und vollkommener abzulaufen. Auch Forel hat schon in seiner oben citirten Abhandlung diese Gedanken entwickelt. —

Meine Auffassung des Baues der medulla oblongata und des Hirnstamms findet auch, wie aus dem folgenden hervorgehen wird, ihre Stütze in der Entwicklungsgeschichte des centralen Nervensystems.

Ich will zunächst auf die Thatsache aus der Entwicklungsgeschichte des Centralnervensystems den Hauptnachdruck legen, dass bei seiner Anlage das spätere Grosshirn eine so besondere Stellung gegenüber dem ganzen übrigen Centralnervensystem einnimmt. Ursprünglich ist das Grosshirn nicht in der Anlage des Centralnervensystems einbegriffen, sie umfasst das ganze letztere System minus das Grosshirn, d. h. alles, was zwischen dem filum terminale und der Augenblase, letztere mit eingerechnet, liegt. Das Grosshirn allein mit Ausschluss jedes anderen Nervenelements, nimmt als etwas ganz neu hinzugekommenes eine besondere Stellung ein. Ist die erste Anlage des Centralnervensystems gegeben in den drei an seinem capitalen Ende entstandenen Bläschen, dann sieht man durch Ausstülpung ein neues Bläschen entstehen, das secundäre Vorderhirnbläschen; dies ist die erste Anlage des ganzen Grosshirns. Durch eine mediale Einschnürung entstehen kurz darauf die beiden Hemisphären. In der Hauptsache darf diese Auffassung als sicher begründet gelten, in Einzelheiten bestehen noch Differenzen, wenn man am voll entwickelten Organ praecis die Grenzen zwischen den ursprünglichen Bläschen angeben soll d. h. die

verschiedenen Theile, die sich aus den Hirnbläschen entwickeln. Allgemein hält man den nucl. caudatus und centiformis für Kerne, die sich aus der unteren Wand des secundären Vorderhirnbläschens entwickeln, also für mit der Rinde gleichwerthige Elemente, die ihr Entstehen einer lokalen Verdickung der Hirnrinde zu danken haben. Meynert allein bestreitet das, ohne sich aber auf diesem Gebiet auf selbstständige Untersuchungen stützen zu können. Auch physiologisch werden diese Kerne als der Hirnrinde gleichwerthig aufgefasst.

Anders steht es mit dem thalamus opticus. Michalovics, der Autor eines klassischen Werks über die Entwicklungsgeschichte des Gehirns, glaubt, dass ein lateraler Theil dieses Ganglions sich aus dem secundären Vorderhirnbläschen bildet, während ein medialer Theil durch Verdickung der Seitenwand des primären Vorderhirnbläschens entsteht. Andere Untersucher geben an, dass der ganze Sehhügel aus der Seitenwand des genannten Bläschens gebildet wird. Für die Ansicht von Michalovics sprechen, wie wir gleich sehen werden, noch andere Gründe.

Die Meinungverschiedenheiten unter den verschiedenen Forschern sind leicht begreiflich, weil schon im frühen embryonalen Leben eine Verwachsung zwischen Seitenwand des primären, und der medialen unteren Wand des secundären Vorderhirnbläschens stattfindet. Diese Verwachsung ist so vollständig, dass in dem entwickelten Organ keine Spur einer ursprünglichen Trennung mehr zu entdecken ist. Als sicher kann man annehmen, dass die innere Kapsel aus dem secundären Vorderhirnbläschen entsteht. Wie diese Verwachsung zu Stande kommt, das ist nicht mit Sicherheit bekannt; allein man kann sagen, dass an der secundären Verbindungsstelle beider Bläschen später der pes pedunculi und das tegmentum entstehen, die Bahnen also, die das Grosshirn mit dem Hirnstamm verbinden.

Obschon also, wie wir gesehen haben, in der Anlage ein scharfer Gegensatz zwischen Grosshirn und Hirnstamm besteht, so schliesst dieser Gegensatz einen innigen gegenseitigen Einfluss beider Organe nicht aus, und diese Wechselwirkung findet ihren entogenetischen Ausdruck in dem Entstehen der eben beschriebenen Verwachsung.

Eine der interressantesten Aufgaben aus der Entwicklungsgeschichte des centralen Nervensystems würde die Untersuchung der Art und Weise dieser Verwachsung sein; sicher handelt es sich nicht nur um ein einfaches Einwachsen des Hirnstils in die innere Kapsel, wie man das Verhältniss gelegentlich dargestellt findet.

Aus der ersten Anlage des centralen Nervensystems folgt nicht allein ein Gegensatz zwischen secundärem Vorderhirnbläschen (alles, was sich aus diesem entwickelt, wird hier im allgemeinen als Intellectuorium bezeichnet) und dem übrigen Centralnervensystem (die sich aus demselben entwickelnden Theile bilden den Reflexbogen,) sondern es folgt daraus auch, wenn schon mehr indirect, eine Gleichwerthigkeit aller Theile des Reflexbogens, sowohl in seiner morphologischen, als auch — wie sich gleich zeigen wird — seiner physiologischen Bedeutung. Der gesammte Reflexbogen wird in allen seinen Theilen

in ganz derselben Weise vollkommen gleichzeitig angelegt, und umfasst das ganze centrale Nervensystem vom filum terminale bis zu den Opticuscentren, diese letzteren mitgerechnet. Trotz der weitgehenden morphologischen Differenzirungen, welche nun besonders an seinem capitalen Ende auftreten, und die für das vollentwickelte Organ den Gedanken heterogenen Ursprungs nahelegen, ist durch die gleichmässige Aulage des Ganzen die Einheit des Wesens gegeben.

Diese Einheit beeinflusst das Intellectuorium in hohem Grade, und zwar auf zweierlei Weise. In erster Linie entsteht eine Verbindung zwischen Intellectuorium und Reflexbogen, sowohl mit seinen centripetalen (sensibeln) wie mit seinen centrifugalen (motorischen) Elementen. Dies sind die späteren langen sensibeln und Pyramidenbahnen. Ich werde diese Verbindungsbahnen in etwas weiterem Sinne auffassen, als man gewöhnlich thut, und damit alle Fasern bezeichnen, die ein Centrum des Reflexbogens mit dem Intellectuorium verbinden, also auch die Faserstrahlung der primären Acusticus- und Opticuscentren zur Grosshirnrinde, ferner die Verbindung der motorischen und sensiblen Kerne im Rückenmark und medulla oblongata mit der Hirnrinde. In zweiter Linie übt das Intellectuorium einen mächtigen formverändernden Einfluss auf den Hirnstamm aus, sodass hier innerhalb und in der Umgebung des Reflexbogens ganz neue Ganglien entstehen; man könnte fast sagen, dass das Intellectuorium als solches in den Reflexbogen hineinwächst. Diese Bahn und ihre Ganglien im Hirnstamm fällt mit dem zusammen, was ich die *intellectuellen Bahnen* genannt habe. Man sieht diese Bahn sich bei Wirbelthieren gleichförmig mit dem Intellectuorium entwickeln; bei tiefstehenden Idioten ist sie atrophisch. Die intimere Entwicklungsgeschichte dieser Bahn ist in ihren Einzelheiten ganz unbekannt. Erst gegen Ende des embryonalen und Beginn des extrauterinen Lebens sind über eine Seite dieser Entwickelung (die Bildung der Markscheide um den Axencylinder) wichtige Untersuchungen Flechsig's und seiner Schüler bekannt geworden, diese Untersuchungen geben aber für die vorliegende Studie keine neuen Gesichtpunkte, wesshalb ich sie hier übergehe.

Ein Wort noch über die physiologische und psychologische Seite der Frage. Hier finden wir den oben berührten Gegensatz wieder. Die Function des Intellectuoriums ist der bewusste Intellect, die des Reflexbogens der Reflex. Beide Functionen nehme ich als gegeben an, ohne näher darauf einzugehen, inwieweit der Intellect auf den Reflex, auf mechanische Vorgänge zurückgeführt werden kann.

Für den Reflex ist ein centripetaler Reiz, ein intracentraler Vorgang und ein centrifugaler Effect erforderlich. Dies Schema lässt sich unschwer dem ganzen Rückenmark und Hirnstamm anpassen, soweit dieser zu dem Reflexbogen gerechnet werden muss. Der ursprüngliche Reiz ist die Tastempfindung, die Reaction auf von aussen einwirkende Veränderungen; im Laufe der Phylogenese hat der Körper, und später das Centralnervensystem, sich unter dem Einfluss dieser Reize differenzirt, und deshalb den Anstoss zur Bildung der Sinnesorgane gegeben: des Gesichts, Gehörs, Geschmacks und Geruchs,

die alle die Tastempfindung als einfacheste Sinneserregung zur Grundlage haben. Die Centren für die differenzirten Funktionen liegen alle im capitalen Ende des Reflexbogens*). Eine morphologische Differenzirung an dieser Stelle liegt also in der Natur der Sache, und ist nur der morphologische Ausdruck einer Differenzirung der Function, mit der sie gleichen Schritt hält. Auch die Verarbeitung und centrifugale Aeusserung des Reizes wird hierdurch complicirt, es entstehen sehr mannichfaltige Verbindungswege innerhalb des Reflexbogens, je mannichfachere Reflexsensationen**) sich associiren, und ebenso wird die resultirende Veränderung an den motorischen Ganglienzellen des Reflexbogens immer complicirter.

Dies sind die physiologischen Ursachen, welche zur Umformung des Rückenmarks in den Hirnstamm, soweit dieser letztere Reflexbogen ist, Anlass gegeben haben.

Ein nicht weniger wichtiges differenzirendes Moment ist die Entwicklung des Intellectuoriums, wie wir schon bemerkt haben. Mit der Beziehung auf dieses Moment verlasse ich die physiologischen Betrachtungen, da sie kein festes Fundament für die weitere Erklärung abgeben.

Auf den entwicklungsgeschichtlichen Ausdruck dieses Einflusses habe ich schon hingewiesen; es liegen dafür auch sehr wichtige vergleichend-anatomische Data vor, die aber noch wenig untersucht und verarbeitet sind. Man kann im Allgemeinen sagen, dass sie in der Reihe der Wirbelthiere gleichen Schritt halten. Grosshirn (Intellectuorium) pes pedunculi und tegmentum, pons, Oliven, Kleinhirn, pedunculi cerebelli, nucleus ruber (also die von mir als intellectuelle Bahn zusammengefassten Theile). Bei den niederen Wirbelthieren fehlen, entsprechend ihrer tiefer stehenden Intelligenz, einige oder alle Glieder dieser Kette, oder sind nur primitiv entwickelt. Beim Amphioxus fehlt mit dem Intellectuorium die ganze intellectuelle Bahn.

Es ist die hochgradige Entwicklung der intellectuellen Bahn, was den menschlichen Gehirnstamm von dem der höheren Säugethiere unterscheidet, und die auffallendste morphologische Differenzirung dieses Theils des Centralnervensystems verursacht. Es macht den menschlichen Hirnstamm „durchgeistigt", um den Ausdruck Meynert's zu gebrauchen. Der Unterschied der Windungstypen im Hirn des Menschen und dem der höheren Säugethiere ist nicht grösser als der

---

*) Um mein Thema nicht zu breit auszuführen nehme ich diese Stellung zu der Frage ein. Wer sich für die physio-psychologische Entwicklung der Reize interessirt, den verweise ich auf: Taine, de l'Intelligence, das Buch ist zwar schon vor 20 Jahren geschrieben, erschöpft aber heut noch dies Thema vollständig. Wundt: physiologische Psychologie. Maudsley: The Physiology of Mind. Herbert Spencer: Principles of Psychology.

**) Als Reflexsensationen bezeichne ich nicht die Auffassung der Vorgänge in den Ganglienzellen durch das Intellectuorium, nachdem es durch die langen sensibeln Bahnen davon unterrichtet worden ist, sondern die Veränderung in den Ganglienzellen selbst.

im Bau des Hirnstamms. Schon bei den anthropomorphen Affen sieht man die Querfasern und Ganglienzellen des pons sich distal weniger weit erstrecken, so dass die corpora pyramidalia noch eine längere Strecke capitalwärts unbedeckt bleiben, und die tieferen Fasern, dorsal von dem corp. pyramidalia, als corpus trapezoides zu Tage kommen. Der nucl. ruber und die Hirnstiele nehmen erheblich an Masse ab, ebenso die Kleinhirnstiele und das Kleinhirn selbst. Dieser ganze Complex bildet ein Ganzes, das in seiner Entwicklung von dem Grade der Grosshirnbildung abhängt, sowohl in normalen, wie in pathologischen Fällen.

Sehr frappant ist bei den übrigen Säugethieren die ansehnliche Entwicklung des Reflexbogens, *verglichen mit der intellectuellen Bahn;* man vergleiche die Grösse der Vierhügel, der corpora geniculata, der verschiedenen Gehirnnerven-Kerne, u. s. w. Ich werde unten Gelegenheit haben, auf die Auffassung dieser Verhältnisse durch Meynert zurückzukommen.

In vergleichend anatomischer Hinsicht von fundamenteller Bedeutung ist weiterhin die von Flechsig zuerst nachgewiesene Verbindung der Brückenganglien ausschliesslich mit dem Frontal- und Occipitalhirn.

In der absteigenden Reihe der Säugethiere erfährt die Gehirnoberfläche in beiden genannten Theilen eine viel grössere Reduction, als das sogenannte Sinneshirn und die psycho-motorischen Centren. Als anatomisches Unterschiedsmerkmal zwischen Fronto-Occipitalhirn und Sinneshirn ergiebt sich in erster Linie das Fehlen von directen Verbindungen mit dem Reflex-Bogen (Pyramiden und Schleifensystem) für ersteres. Das Fronto-Occipitalhirn besitzt ausschliesslich Assocications-Verbindungen unter sich und mit dem Sinneshirn.

Es ist nun von hoher Bedeutung, dass gerade diese Hirntheile eine eigene Art peripherer Verbindung mit der Brücke und durch diese mit den Kleinhirnhemisphären besitzen, und das diese Verbindung in der Reihe der Säugethiere ungefähr eine mit der psychischen Entwicklung der Species gleichen Schritt haltende Entwicklung zeigen. Interessant wäre es, die niedrigst stehenden Säugethiere, die Marsupialen und Edentaten in dieser Richtung auf Schnittserien zu untersuchen.

Sehr eigenthümlich verhält sich das Vogelhirn, wo wahrscheinlich die ganzen intellectuellen Bahnen und Centren fehlen, wenigstens in so weit ich darüber jetzt Angaben besitze. Im Allgemeinen stellt das Vogelhirn, auch sogar schon in seinen primären Reflex-Centren, eine von uns bis jetzt ganz unbegriffene, theilweise sehr hoch differenzirte Organisation dar, welche nach ganz anderen Bildungsprincipien wie das Säugethier-Gehirn sich entwickelt hat. Dies stimmt auch mit der ganz eigenthümlichen Organisation des Vogelkörpers, welche schon früh (wahrscheinlich bei den Reptilien) sich vom Wirbelthierstamm abgezweigt hat, überein.

Nach dieser kurzen Betrachtung auf entwicklungsgeschichtlichem und vergleichend anatomischem Gebiete werde ich jedes der von mir

angenommenen Systeme des Hirnstamms einzeln besprechen, und so der Reihe nach behandeln:

A. Die intellectuelle Bahn des Hirnstamms.
B. Die Verbindungen zwischen Intellectuorium und Reflexbogen.
C. Den Reflexbogen.

A. Die intellectuelle Bahn.

1. Diese Bahn ist, wie das ganze Intellectuorium, in der ursprünglichen Anlage des centralen Nervensystems nicht gegeben, sondern entsteht erst secundär. Der ontogenetische Ausdruck dafür ist eine secundäre Verwachsung zwischen primären und secundären Vorderhirnbläschen. Diese Eigenschaft theilt sie mit dem Pyramiden- und Schleifensystem, beide im weitesten Sinne genommen, als Verbindung zwischen Intellectuorium und Reflexbogen.

2. Wie alle intercerebralen Leitungsbahnen erreicht die intellectuelle Bahn erst spät ihre definitive Entwicklungsstufe. Das gesammte System von Nervenfasern erhält erst nach der Geburt Markscheiden um die Axencylinder, zu einer Zeit, wo der ganze Reflexbogen schon längst markhaltig ist.

3. Sie erreicht eine Entwicklungsstufe, die im allgemeinen dem Grad der Entwicklung des Intellectuoriums entspricht; das gilt für pathologische Hemmungszustände, wie für die Befunde bei höheren Säugethieren.

4. Die intellectuelle Bahn des Hirnstamms und der medulla oblongata ist in sich ein ganzes, das an seinen beiden Endpunkten durch Grosshirn und Kleinhirn abgeschlossen ist, und wahrscheinlich eine centrifugale (vom Grosshirn sich ausbreitende), und eine centripetale (zum Grosshirn zurückkehrende) Verlaufsrichtung hat.

Ueber die physiologische Bedeutung dieser Leitungsbahnen sind wir noch in Ungewissheit. Mir scheint es, als müssten sie in naher Beziehung zu den Functionen des Grosshirns stehen, also eine psychische Bedeutung haben; dass das Kleinhirn eine Bedeutung für die psychischen Functionen hat, wird schon durch die Thatsache einigermassen wahrscheinlich gemacht, dass Affectionen fast einer ganzen Hälfte dieses Organs vorkommen können, die zu den sogenannten symptomlos verlaufenden gehören, d. h. Symptome liefern, die sich der praecisen Beobachtung entziehen, und das sind in bei weitem den meisten Fällen psychische Symptome.

In der letzten Zeit sind auch Befunde von Flechsig*) bekannt geworden, die für meine Auffassung zu sprechen scheinen; wie bekannt, verbinden die Kleinhirnseitenstrangbahnen sensible Rückenmarkselemente mit dem Kleinhirn.

Auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Thatsachen hat Flechsig neuerdings eine centrifugale Bahn vom Kleinhirn nach den Vorderhörnern des Rückenmarks beschrieben. Diese Bahn soll durch das brachium pontis zu den Rückenmarksvordersträngen verlaufen, und sich mit den motorischen Zellen der Vorderhörner verbinden. Wenn

*) Flechsig, neurologisches Centralblatt.

sich dies Ergebniss bei weiteren Untersuchungen bestätigt, und das kommt mir nicht unwahrscheinlich vor, (es wird das allgemeine Gesetz erfüllt, dass die centripetalen Bahnen eher ihre Markscheiden erhalten als die centrifugalen), dann scheint das Kleinhirn anatomisch mehr, als bisher angenommen wurde, sich dem Grosshirn analog zu verhalten.

Es ist nun wichtig, pathologisch-anatomisch zu untersuchen, ob bei Affectionen der Kleinhirnhemisphären eine absteigende Degeneration der Vorderstränge vorkommt, eine Frage, die meines Wissens bisher noch nicht untersucht worden ist; die aufsteigende Degeneration der Kleinhirn-Seitenstrangbahnen tritt nach Durchschneidung des Rückenmarks stets ein.

Wenn sich also diese Resultate als stichhaltig bewähren sollten, steht das Kleinhirn, ganz wie das Grosshirn, durch zwei Bahnen mit dem Rückenmark (Reflexbogen) in Verbindung; durch die Kleinhirn-Seitenstrangbahn, die den Hintersträngen analog ist und durch eine Bahn in den Vordersträngen (das Homologon der Pyramiden-Seitenstrangbahn).

Ausserdem ist bekannt, dass das Kleinhirn Verbindungen besitzt, 1) mit den primären Acusticuscentren und 2) wahrscheinlich mit den primären Opticuscentren, also mit Kernen in der oblongata, die den Reflexbogen zugerechnet werden müssen.

Ueber Verbindungen des Kleinhirns mit anderen Kernen der Oblongata ist noch wenig bekannt. Diese Verbindungen des Kleinhirns mit dem Reflexbogen sind wahrscheinlich alle ungekreuzt, im Gegensatz zu dem Gehirn, das nur gekreuzte Verbindungen zum Reflexbogen besitzt; dagegen sind die Verbindungen zwischen Kleinhirn und Grosshirn, (die intellectuelle Bahn der oblongata und des Hirnstamms gekreuzt (alle ?).

Fasst man alle diese oben gegebenen Daten zusammen, so drängt sich mit Wahrscheinlichkeit die Vorstellung auf, dass die Functionen des Kleinhirns mit der Psyche in Verbindung stehen, und dies wird dann zugleich für die ganze intellectuelle Bahn und die darin gelegenen Centren wahrscheinlich.

(Schluss folgt.)

II. Orignal-Vereinsberichte.

I.

Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 16. und 17. September 1887.

Von Dr. Matusch in Sachsenberg.

500) **Binswanger** (Jena): *Ueber den heutigen Standpunkt des Hypnotismus.*

B. gibt seiner Verwunderung Ausdruck, dass nachdem die Erscheinung des Hypnotismus eine Reihe von verdienstvollen Arbeiten hervorgerufen habe, das Interesse an ihm in Deutschland

auffallend rasch verflogen sei, zum nicht geringen Theil, weil man die Untersuchungen über H. mit Nichtachtung oder Misstrauen aufnahm. Ganz anders unsere westlichen Nachbarn, die die Lehre vom H. in ausgedehntem Masse ausbeuten. Die früh bemerkte Verwandtschaft hypnotischer Zustände mit Geistes- und Nervenkrankheiten musste nothwendiger Weise den Gedanken nahelegen, den H. als therapeutisches Mittel in der Psychiatrie und Neurologie zu versuchen, das hat, so beachtenswerth es ist, in Frankreich zu Auswüchsen der Lehre geführt, die ihrer Sache schaden und die der Vortr. zu beseitigen sucht. Nach kurzer Darlegung der hypnotischen Erscheinungen, der Arten der Erzeugung, ihres zeitlichen Verlaufes im allgemeinen und bei den einzelnen Individuen sowie der Beziehungen zwischen Hypnose und der grande hystérie Charcots geht Vortr. zu dem wichtigen Punkte über, den Hypnotismus bei Geisteskranken. Früher glaubte man, dass Geisteskranke überhaupt nicht hypnotisirt werden können und für gewisse Fälle trifft dies noch zu. Principiell muss man an eine gesteigerte Empfänglichkeit der Geisteskranken denken, weil sie zu den leicht hypnotisirbaren Nervösen gehören und in der That lässt sich Hypnose bei den Hereditariern, hysterisch Verrückten, bei moral insanity und gewissen Formen chronischer Verrücktheit unschwer erzielen, während andere Formen fast unzugänglich sind. Mehr oder minder erforderlich dazu ist, dass die angewendeten hypnogenen Mittel mit den krankhaften Vorstellungen der Versuchsperson im Einklange stehen.

Bei Geisteskranken mit motorischen Störungen entspricht die H. nur selten den Schulbildern, meist handelt es sich um abortive Erscheinungen. Bei einem 40 jährigen orginär verschrobenen Porzellanmaler, der nach einem Sturz auf den Kopf schlaflos geworden war und in der Folge in heftige Aufregung mit Sinnestäuschungen gerieth, wurde nach eingetretener Beruhigung H. durch Anstarrenlassen eines Knopfes erzielt. Alsbald Schläfrigkeit, Tremor, Zähneklappern, Kältegefühl, nachher Schwindel und Mattigkeit. Bei Wiederholung des Versuches mit Streichen des Gesichtes die gleichen Resultate, doch gelang Anwendung von Suggestion absolut nicht. Dagegen stellten sich andere Zustände ein; Aufspringen, motorische Unruhe, Röthung des Gesichtes, Anästhesie des Oberkörpers, Röthe vor den Augen. Bei weiterem Streichen Kriebeln und Wärme links, Hallucinationen, sieht seine Frau, spricht mit ihr, deklamirt, wiederholt oft, dass er Ludwig der Springer sei und rächend einspringen werde. Die angeführten Ausserungen des Kranken werden spontan gemacht. Einsprache auf ihn wurde vermieden. Zu bemerken war, dass der Schlaf nach den Sitzungen stets besser war.

Sehr beachtenswerthe Symptome, die dem unter „Jumping“ zusammengesetzten Bilde genau entsprachen und als Beispiel für die posthypnotischen Delirien dienen können, traten bei einem nach Hemiplegie chronisch hypochondrisch Verrückten auf: lüsterner Gesichtsausdruck, cynische Reden, erotische Bewegungen, nach einiger Zeit plötzliche tiefe Bewusstlosigkeit.

Obgleich B. mehrere leicht suggestive Kranke auffand, ist es ihm nicht gelungen, die posthypnotische Erscheinung der *Auftragertheilung* einer im wachen Zustande auszuführenden Handlung, mit Erfolg in Scene zu setzen. Fehlt uns auch jedes wissenschaftliche Verständniss dafür, so ist doch an der Thatsache angesichts anderer posthypnotischer Räthsel nicht zu zweifeln, z. B. bleibt in der H. erzeugte Lähmung noch nach dem Erwachen einige Zeit nachweisbar in motorischer suggestiver Schwäche bestehen. Man dürfe daher gegen die jüngsten Veröffentlichungen der französichen Schule nicht allzu skeptisch sein, vielleicht müsse die bei häufiger Wiederholung der Hypnotisirung eintretende Autohypnose zur Erklärung heranzuziehen sein.

Erhöhung der galvanischen Erregbarkeit liess sich nicht nachweisen, ebensowenig Verlust des Muskelsinns. Der Puls zeigt keinerlei characteristischen Veränderungen, bei einfacher H. dagegen lassen sich reine Affectcurven durch Suggestion von Affecten erzielen.

Ueber die französischerseits betonten beunruhigenden Beziehungen des H. zum Strafrecht kann der Vortr. aus eigner Erfahrung nichts anführen.

Aus dem Vorstehenden ergiebt sich, welchen Werth B. dem H. als therapeutischem Mittel beilegt. Unzweifelhaft kann man in einzelnen Fällen z. B. bei cataleptischen Kranken gute Wirkungen erreichen, der Erfolg ist aber stets ungewiss und oft ist die Anwendung gradezu schädlich, weil sie acute Geistesstörung, Rückfälle u. s. f. hervorrufen kann. Gegen die masslose Uebertreibung der Anwendung des H. in Frankreich möchte B. ein veto einlegen, *Hypnose sei ein sehr gefährliches agens.* Eine zu Versuchen mehrfach verwendete Wärterin erkrankte an schwerer hysterischer Lähmung.

Preyer (Jena) meint, dass die H. für Gesunde ebenso gefährlich werden könne wie für Kranke, das dürfe indessen nicht abhalten, der Wahrheit durch fortgesetzte Untersuchungen auf die Spur zu kommen.

Obersteiner (Wien): Man müsse mehr an Gesunden und mit leichten Zuständen von H. operiren. Uebrigens sei ihm, besonders nach wiederholten Versuchen gelungen, bei Aufregungszuständen durch H. Beruhigung zu erzielen. Die forensische Bedeutung des Hypnotismus sei äusserst wichtig und fordere schon allein dringend zu Untersuchungen auf.

Grashey (München) fragt, ob der Vortr. über das Erinnerungsvermögen nach der H. für die Vorgänge in derselben Beobachtungen gemacht habe.

Binswanger: er habe dies stets geprüft und es bei einzelnen lückenhaft, bei anderen gar nicht vorhanden gefunden. Es verhalte sich wie die Erinnerung bei Epileptikern nach der Verwirrtheit und entbehre wie dort aller Gesetzmässigkeit.

Grashey warnt, in Gegenwart des Personals und anderer Kranken zu experimentiren, die vielleicht heimlich die Versuche nach-

ahmen könnten. Auch von den Versuchsobjecten selbst drohe diese Gefahr für die Anstalten.

Auf die Bemerkungen von Meschede (Königsberg) und Karrer (Klingenmünster), dass gelungene Fälle von *Auftragsertheilung* in der Hypnose existirten (Forel's Heilung der Trunksucht) antwortet B., dass ihm selbst derartiges nie gelungen sei und Forel's Beobachtungen ihm noch nicht genügten.

v. Ludwiger fragt, ob man Jemanden ohne sein Wissen hypnotisiren könne.

B. bejaht dies für Fälle von wiederholter H. und bei leicht hypnotisiblen Menschen.

Siemerling (Berlin) fragt, ob B. jemals den facialis bei hypnotischer Lähmung betheiligt gefunden hat, er selbst habe dies nie gesehen.

B. schliesst sich dem an und bemerkt zum Schlusse, dass er die nothwendigen Manipulationen zur H. Aufgeregter für schädlicher halte als die nachfolgende unsichere und vorübergehende hypnotische Beruhigung nütze. Eine *definitive* Heilung von Lähmungen und Krämpfen durch H. habe noch Niemand gesehen. Bei Behauptung von H. ohne Wissen seitens des Hypnotisirten würde die entscheidende Frage zu stellen sein, ob die Person schon früher h. worden sei.

501) **Jolly:** (Strassburg): *Ueber verminderte Zurechnungsfähigkeit.*

Bei Entwurf des neuen Strafgesetzbuches sei die Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit angeregt worden, indessen negativ beantwortet, wie dem Vortr. scheint, aus formalen wenn nicht gar blossen Wortbedenken. Der Ausdruck „Aufhebung der freien Willensbestimmung“ sei ein sehr unglücklicher. Der Nachweis der Geisteskrankheit eines Angeklagten genüge nicht, es müsse vielmehr auch der Grad derselben bestimmt werden und wie weit sie auf die That gewirkt hat, wenn Unzurechnungsfähigkeit ausgesprochen werden soll. Fälle geringeren Grades fielen forensisch in die Breite der Gesundheit und für diese bestehe im Gesetze eine greifbare Lücke. Jessen habe mit Recht darauf hingewiesen, dass der Unterschied zwischen Straflosigkeit und geringer Strafe weit grösser sei als der zwischen grosser und kleiner Strafe und dass bei Zugeständniss eines Paragraphen über verminderte Z. die Aerzte in zweifelhaften Fällen geneigt sein würden, auf den bequemen Paragraphen zu recurriren. Der Vortr. glaubt indessen nicht, dass die Sache derartig liegt, die Fälle die hierher gehören, böten keine diagnostischen Schwierigkeiten, es handle sich einmal um *Zustände angeborener oder erworbener geistiger Beschränktheit*, die nicht so hochgradig seien, die Berufs- und Dispositionsfähigkeit aufzuheben, in denen aber der Kampf ums Dasein erschwert sei und die Impulse zu Gewaltthaten sich häuften; sodann um *Zustände krankhafter Erregbarkeit*, angeboren oder erworben, wo die Impulse zu gesetzwidrigen Handlungen vermehrt seien, die Hemmung vermindert oder beseitigt sei. Für die Gebiete des Reiches in welchen früher Gesetzesbestimmungen über verm. Z. bestanden, trafen die Bedenken Jessen's nicht zu.

Der Einwand, dass die verm. Z. durch die mildernden Umstände des d. Strfg. B. ersetzt sei, dürfe nicht erhoben werden, schon deshalb, weil mildernde Umstände nur bei einer Minderheit von Delicten zugebilligt werden können, bei der Mehrzahl nicht. Ein bestimmtes Princip darin hat Vortr. nicht herausgefunden, im Allgemeinen seien sie wohl bei geringfügigen Strafen aus leicht ersichtlichen Gründen ausgeschlossen, doch ergebe sich wieder bei schweren Strafen der bemerkenswerthe Umstand, dass grade die leichtere Form mild. U. zulässt, die schwerere nicht. In praxi ergebe sich noch ein anderer Mangel, den Vortr. an einem Falle erörtert. Die geistig gesunde Ehefrau hatte den geistesschwachen Mann zum Morde angestiftet. Da Mord keinen mildernden U. zulässt, wurde der Mann, um seiner geistigen Schwäche Rechnung tragen zu können wegen Todtschlages verurtheilt, aber damit musste auch die Anklage gegen die Frau wegen Anstiftung zum Morde fallen gelassen werden.

In allen neueren Gesetzerlassen (Presse, Socialdemokratie u. a.) fehlen alle Bestimmungen über mild. U., eine Erklärung dafür kann Vortr. nur darin finden, dass sie vergessen worden seien.

Für die Festsetzung des Strafmasses bei Einführung verminderter Zurechnungsfähigkeit könnten die Paragraphen im französischen und früheren bairischen Gesetz massgebend sein.

In der Discussion sprechen sich Pelmann (Grafenberg), Spamer (Bingen), Arndt (Greifswald) für die Ansicht Jolly's aus, doch betont der letztere, dass seiner Zeit die Aufnahme verm. Z. aus anderen Gründen abgelehnt sei, als Jolly meint. Es wurde die Gefahr für die Richter selbst betont, in *zweifelhaften* Fällen auf den Paragraphen zurückzugreifen. Als Signum für das Mass der Zurechnungsfähigkeit möchte A. den Grad der bei der That vorhandenen Besonnenheit bezeichnen.

Grashey (München) weist auf die Schwierigkeiten hin, die aus dem Zugeständniss verm. Z. bei den betreffenden Delinquenten nach Verbüssung der Strafe entständen, für die Irrenanstalt seien sie nicht krank genug, für die Aussenwelt nicht gesund genug.

Der Antrag Jolly's, seitens des Vereins die Aufnahme einer Bestimmung über verminderte Zurechnungsfähigkeit in das d. Strfg. B. zu veranlassen, wird auf Vorschlag von Oebecke (Endenich) einer Commission überwiesen.

(Schluss folgt.)

II.

Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887.

Von Dr. L. Goldstein in Aachen.

I. Section für Neurologie und Psychiatrie.

1. Tag, Dienstag den 20. September. Vorsitzender Herr Snell (Hildesheim).

502) **Paetz** (Alt-Scherbitz): *Ueber die Errichtung von Ueberwachungsstationen.*

Vortrag. macht darauf aufmerksam, dass zur Zeit als v. Gudden diesen Gegenstand zur Sprache brachte, in Alt-Scherbitz bereits derartige

Einrichtungen (1883) getroffen waren. In die Ueberwachungsstation gehören alle aus körperlichen Gründen bettlägerigen und diejenigen Patienten, die aus psychischen Gründen der Ueberwachung bedürfen, nicht nur die frischen acuten Fälle, sondern auch alle neu aufzunehmenden so lange, bis sie nicht mehr überwacht zu werden brauchen. Hierher gehören fernér diejenigen, welche wegen Nahrungsverweigerung, Selbstmorddrang u. s. w. der ständigen Aufsicht bedürfen. Die Station muss enthalten 2 Schlafsäle, mehrere Tagesräume, die bequem von einem Wärter zu beaufsichtigen sind, Isolirzimmer, nicht in unmittelbarer Verbindung mit den Schlafsälen, aber doch so gelegen, dass sie bequem zu überwachen sind, Badezimmer von den Wachsälen aus zugänglich, Nebenzimmer für Arzt, Wartepersonal etc.

Von der Aufnahme in die Ueberwachungsstation auszuschliessen sind diejenigen, welche in besonderer Weise unruhig sind. Für die Kranken verschiedener Klassen sind verschiedene Stationen zu errichten. Von Wichtigkeit ferner ein ständiges, geschultes Wartepersonal, das in täglichem, resp. nächtlichem Dienst fleissig wechseln muss.

Vortrag. zeigt an der Hand von Abbildungen die Einrichtung der Ueberwachungsstation der 3. Klasse in Alt-Scherbitz.

503) **Schroeter** (Eichberg): *Ueber abnorme Kürze des corpus callosum.*

Seitdem Vortrag. im Jahre 1880 eine Verkümmerung des Balkens fand, hat er sorgfältiger bei den Sectionen darauf geachtet. B a s t i a n gibt die Länge des Balkens auf 3'', S c h w a l b e auf 7—9 Ctm. an. Vortrag. theilt ausführlich 2 Fälle mit. Davon betrifft der erste einen 50 jährigen Patienten, der an chron. Paranoia, mit Anfällen, die an Paralyse erinnerten, litt. Sehnenreflexe waren gesteigert. Er erlag einer lobulären Pneumonie. Die Section ergab frischen Bluterguss in die vorderen Schädelgruben und an der Stelle, wo sonst der vordere Theil des Balkens sitzt, bindegewebige Massen. Der Balken mass 3,7 Ctm. Der 2. Fall betraf einen Idioten von 23 Jahren, welcher einer Lungenaffection erlag. Körperlich stark entwickelt. Gehirn wog 115 *Grm.*, mit äusserst einfachem Windungstypus. Balkenlänge 4,3 Ctm., von vorn nach hinten verkürzt.

Vortrag. macht darauf aufmerksam, dass dies wichtige Commissurensystem keine Verkürzung, ohne Schaden für die geistige Entwicklung erfahren darf.

504) **Tuczeck**: (Marburg): *Ueber die nervösen Störungen bei der Pellagra.*

Die Pellagra ist von grosser socialer Bedeutung namentlich für Italien. Diese Volkskrankheit, zurückgeführt auf den Maisgenuss, wird durch die Art und Weise der Störungen, die sie setzt, für den Neurologen höchst interessant. Als der Vortrag. beim Studium des „Ergotismus“ auf eine gewisse Analogie in den Erscheinungen stiess und die ungeheure italienische Literatur über die Pellagra studiren musste, fand er die Ansichten der Forscher namentlich in Hinsicht auf die Aetiologie ungemein getheilt; die Anhänger der Lehre von der toxischen Wirkung verdorbenen Maises, bekämpften auf's heftigste die-

jenigen, welche den Maisgenuss als solchen, in Folge der schlechten Ernährung, als Ursache ansahen. Während nun die Literatur über die Statistik ganze Bücher füllt, finden wir über die path. Anatomie der Krankheit äusserst dürftige Nachrichten. Alles dies veranlasste den Vortrag., die Krankheit dort zu studiren, wo die meisten Krankheitsfälle zu finden waren, in der Lombardei und Venetien. Er stellte fest, dass unter 10000 Pellagrakranken sich 10% Geisteskranke befanden und dass 10% dieser Krankheit erlagen. Er selbst sah 350 Kranke genauer, er sah 8 Sectionen, von denen er 4 selbst machen durfte.

In den ersten Stadien der Krankheit, die Vortrag. verhältnissmässig wenig zu Gesicht bekam, zeigte sich grosse Muskelschwäche, Erythem am Handrücken dabei Erschwerung aller geistigen Processe. Damit kann der erste Anfall vorüber sein, bis im nächsten Frühjahr alle Erscheinungen von neuem eintreten, nur dass diejenigen von Seiten des Centralnervensystems exacerbiren. Auch jetzt noch kann das Individuum intakt aus der Behandlung hervorgehen. Im dritten Jahre können aber die Erscheinungen wiederum zum Vorschein kommen und jetzt fängt der Geist zu leiden an. Die Krankheitsbilder der ersten Stadien sind sehr verschieden von einander je nachdem die spinalen oder cerebralen Erscheinungen in den Vordergrund treten. In den späteren Graden bildet sich aber vollständige pellagröse Seelenstörung aus, Melancholia cum stupore, wie aus zahlreichen vom Vortrag. herumgereichten Photographien ersichtlich ist. Dabei haben die Kranken einen eigenthümlichen, den sog. pellagrösen Blick, aus dem Vortrag. sehr viel herausliest. In wenigen Fällen fanden sich maniakalische Zustände, ferner an Paralyse erinnernde Erscheinungen, dann wieder Zuckungen in einzelnen Gliedern, wie bei Epilepsie, aber keine eigentlichen epileptischen Anfälle. Unter den *spinalen* Erscheinungen sind die Parästhesien zu erwähnen, Hautbrennen so unerträglich, dass es zum Selbstmorde führen kann, Globus-Gefühl, Nackenschmerzen, Gürtelgefühl. Die Störungen der Motilität bestehen in allgemeiner Abgeschlagenheit, Muskelschwäche, in stärkeren Fällen Muskelspasmen, Crampie. An 300 Patienten untersuchte Vortrag. das Kniephänomen. In $^2/_3$ der Fälle war es gesteigert, manchmal in hohem Grade bis zum Patellarclonus. In 23 Fällen war der Fussclonus intensiv, entsprechend dem Bilde der spastischen Spinalparalyse. In 7 Fällen fehlte das Kniephenomen. Unter den vasomotorischen Störungen ist namentlich cutis anserina, unter den Secretionsstörungen Hemmung der Schweisssecretion und auch der übrigen Secretionen zu verzeichnen.

Von grosser Bedeutung ist das Exanthem. Es ist ein Erythem der unbedeckten Körpertheile, besonders der Hände; doch kommt es auch an bedeckten Körperstellen vor. Es kann nach einigen Monaten verschwinden. Nach jedem Recidiv bleiben Residuen zurück. Die Haut wird pergamentartig, dunkelbraun, es bilden sich Rhagaden unter der cutis. Eine weitere trophische Störung finden wir an der Zunge, sie wird rissig und von Epithel entblösst. Da auch vollkommene Krankheitseinsicht besteht, so scheint nach alledem wahrscheinlich,

dass es sich um eine chronische Intoxication, nach Analogie des Ergotismus, handelt.

Noch ist die Untersuchung der vom Vortrag. gewonnenen Präparate nicht abgeschlossen. Während von den ital. Autoren Tonini Veränderungen an den Hintersträngen mit Betheiligung der Seitenstränge fand, constatirte Vortrag., dass eine combinirte Kranzerkrankung der Hinterstränge und der Hinterseitenstränge vorlag. Die Wurzeleintrittszonen sind fast immer intakt. Die graue Substanz, die Clarke'schen Säulen sind stets intakt. Die Affection der weissen Stränge ist in allen Fällen bilateral symmetrisch. Corpora amylacea reichlich vorhanden. Die anatomische Untersuchung bestätigte die Analogie mit dem Ergotismus, aber bei diesen sind die Hinterstränge beim Lathyrismus die Seitenstränge afficirt, während hier eine combinirte Seiten- und Hinterstrangerkrankung vorhanden ist. Ueber die Natur der toxischen Substanz erlaubt sich Vortrag. kein Urtheil. Er führt zum Schluss die Anschauung Neusser's an, dass es sich um ein Gift handelt, welches im verdorbenen Mais enthalten ist und im Darmkanal zur Entwicklung gelangt.

Discussion: Leppmann (Breslau) führt aus, dass nach Venturi's Untersuchungen es sich bei der Pellagra ähnlich wie bei der Lepra um Mikroorganismen handelt, welche in die Blutbahnen und in die peripheren Nerven gelangten. Ausserdem sei das Verbreitungsgebiet der Krankheit vom Vortr. zu eng gesteckt, da auch in Calabrien zahlreiche Fälle beobachtet seien.

Tuczeck bezweifelt das letztere und bemerkt hinsichtlich der Microorganismen, dass bis jetzt Züchtungsversuche nicht vorgenommen seien und die baccilläre Theorie in Betreff der Pellagra ganz unentwickelt sei. (In der Sitzung am folgenden Tage gibt Tuczeck jedoch Leppmann in Betreff des Vorkommens in Calabrien recht und bemerkt, dass solche sporadischen Epidemien höchst interessant seien und dass die Vertreter der toxischen Infection mit ihnen zu rechten hätten.)

Eulenburg (Berlin) fragt, ob der Vortr. vielleicht Zustände gesehen, welche an die unerklärte Chorea electrica erinnerten und ob diese vielleicht eine acute Form der Pellagra sei. Ferner ob er Fälle gesehen, wo die Transfusion, welche die Italiener so sehr rühmten, angewendet worden.

Tuczeck erwiedert: über chorea electrica habe er keine Erfahrungen und über die Transfusion habe er nur ungünstiges gehört.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate und Kritiken.

505) **Bonfigli:** Anticaglie; osservazioni sul cervello dei malfattori. (Historische Notiz über Verbrechergehirne.) (Separat-Abdruck aus: Arch. Ital. p. l. malatie nervose 1887. Fasc. 1.)

Die Annahme, dass Gewohnheitsverbrecher abnorm organisirte Gehirne haben, ist nicht ganz so modern, wie man wohl glaubt.

A. Benivieni secirte in Florenz gegen 1490 einen Banditen und schrieb darüber im Cap. 69 seiner „Inventa inciso mortuo“:

„Non videntur silentio esse praetereunda, quae nuper in inciso Jacobi cujusdam *furis insignis* cadavere annotavimus: .... posteriorem ejus capitis partem, ubi memoriae sedes est, adeo brevem, ut *tantillam cerebri portiunculam* contineret. Quam ob causam cum priorum scelerum, et eorum, quae pro his saepe passus fuerat, tormenta scilicet, exilia et carceres minime recordaretur, toties, ad vomitum tanquam canis, impudens reversus est, ut in laqueum tandem inciderit, vitaeque ac facti finem fecerit.“

Auch Bartolini hat mit Vorliebe Schädel und Gehirne von Verbrechern untersucht und eine grosse Menge so gewonnener pathologischer Befunde genau beschrieben, darunter dreimal Atrophie des vermis cerebelli, während moderne Autoren bei modernen Verbrechern bekanntlich oft Hypertrophie dieses Organs beschrieben haben (S. T. Bartholini Histor. anatomic. Cent. I—V. Hafniae 1568). Kurella (Owinsk).

---

506) **Th. Meynert** (Wien): Die anthropologische Bedeutung der frontalen Gehirnentwicklung nebst Untersuchungen über den Windungstypus des Hinterhauptlappens der Säugethiere und pathologischen Wägungsresultaten der menschlichen Hirnlappen.

(Jahrb. für Psychiatrie, VII. Band 1. und 2. Heft.)

Verf. ist der Ansicht, dass die Signatur der anthropologischen Schädel- und Gehirnentwicklung keineswegs in so vorzugsweisem Grade der Stirngegend zukommt, wie dies gewöhnlich behauptet wird.

Bekanntlich hat man dem Stirnlappen beim Menschen besondere Leistungen vindicirt. Nach Munk enthält derselbe die motorischen Centren zur Innervation der Rumpfmuskulatur (Balancement der Wirbelsäule, aufrechter Gang etc.), während Hitzig denselben, noch dazu in willkürlicher Begrenzung nach hinten, als ein exclusives Gebiet von Hirnleistungen ansprechen zu müssen glaubt, nämlich für die auf begrifflichem Gebiete sich entwickelnden Leistungen der Intelligenz. Meynert sucht nun zu beweisen, dass keine dieser Behauptungen in ihrer Exclusivität das Richtige trifft.

Zunächst weist er darauf hin, dass der Stirnlappen nach hinten durch die Rolando'sche Furche begrenzt wird und dass derselbe beim Menschen keine so überwiegenden Gewichtsverhältnissé zum Stirnlappen der Thiere aufzuweisen hat, wie die Behauptung von den menschlich exclusiven Leistungen des begrifflichen Denkens und ihres Ursprunges im Stirnlappen erfordren würde.

Sodann zeigt eine aufmerksame Betrachtung des Stirnschädels, dass die Ausdehnung der Stirnmuschel nur in Beziehung zur ganzen Schädelform, zur hohen Wölbung des Menschenschädels steht, und dass letzterer ebenso sehr durch die Höhe der Hinterhaupts- und Scheitelgegend auffällt. Die Wölbung des Schädels hängt aber zusammen mit der Höhe des Gehirns. Ein Vergleich zwischen dem Hirn verschiedener Thiergattungen mit dem des Menschen lässt nun unschwer erkennen, dass das letztere in jeder Richtung sich durch bedeutendere Höhe auszeichnet. Dieselbe ist ihrerseits bedingt von der relativ viel

stärkeren Entwicklung der Grosshirnhemisphären. Während letztere z. B. beim Schafe einen durchaus horizontal gestreckten Verlauf zeigen, tritt bei höher stehenden Thiergattungen allmählich eine immer mehr zunehmende Umbiegung der hinteren Partie der Hemisphären nach unten und vorn ein und erreicht beim Menschen einen so hohen Grad, dass nun die Spitze des Schläfenlappens unter den hinteren Theil des Stirnlappens zu liegen kommt, während der Hinterhaupts- und der Scheitellappen nur zum grössten Theil oberhalb des Schläfenlappens liegen. An dieser Umbiegung der Hemisphären betheiligt sich in geringem Grade auch der Scheitellappen, und da durch diesen Vorgang gleichzeitig die Insel verdeckt und in ein höheres Niveau gehoben wird, so kommt es, dass an der Höhe der vorderen Hälfte des Grosshirns schliesslich vier Hirntheile participiren, nämlich Stirnlappen, Insel, Scheitel- und Schläfelappen. Für die Höhe der hinteren Hälfte des Hirns kommt ausser der schon erwähnten Ueberlagerung des Schläfelappens durch den grössten Theil des Scheitel- und Hinterhauptslappens noch in Betracht, dass durch das bedeutende Wachsthum der Grosshirnhemisphären nach allen Richtungen am Ende auch das Kleinhirn, welches bei dem Schafe z. B. noch ganz in der Flucht des Occipitallappens liegt, grösstentheils überlagert wird, und mit der Brücke und dem verlängerten Mark unterhalb des Grosshirns zu liegen kommt. Letztere beiden Theile gerathen dadurch fast in einen rechten Winkel zum Grosshirn.

Zeigt nun schon diese vergleichend anatomische Betrachtung, dass an der hohen Wölbung der Menschenstirn nicht allein der Stirnlappen Schuld ist, so ergibt eine psychologische Erwägung, dass eine Zueignung der begrifflichen corticalen Denkvorgänge ausschliesslich oder vorzugsweise an den Stirnlappen unstatthaft ist: denn da für den „Begriff“ nur ein das Resultat des Begreifens bezeichnendes Wort anschaulich ist, so muss für den Fall, dass man bei den begrifflichen Denkakten an eine ihnen zukommende bestimmte Region der Hirnrinde denkt, dieses Feld der Rinde mit dem Sprachfelde zusammenfallen. Letzteres gehört aber, wie feststeht, nur ganz partiell dem Stirnlappen an.

Verf. neigt daher mehr zu der Ansicht Munk's, allerdings nur insoweit als die Höhe des Stirnlappens eine Theilerscheinung der Höhe des gesammten Hemisphärenbogens ist. Er weist nämlich darauf hin, dass die aufrechte Haltung des Menschen und sein Gang in zwangloser Weise nur ermöglicht sind durch die oben erwähnte Beugung der Achse des Centralorgans, die mit dem Rückenmarke die Wirbelsäule durch nach Vornetreiben des Hinterhauptloches in einen rechten Winkel zur Längsachse des Schädels stellt. Durch das nach Vorne- und Obendrängen der Gehirnmasse wird aber auch die Lage der Sinnesorgane zu einander geändert. Während noch beim Raubthierschädel Geruchsorgan, Auge und Ohr fast in einer horizontalen Ebene hintereinander liegen, bilden sie beim Menschen ein Dreieck unter einander, dessen obere Spitze von dem Auge eingenommen wird. Nur diese gleichzeitig veränderte Gestalt des Gesichtssceletts steht in Uebereinstimmung mit dem aufrechten Gehen, mit dem Beherrschen des einfachen Gesichtsfeldes.

Wir können daher nach des Verf's. Ansicht die höhere Stirnentwicklung des Menschen nur als eine Theilerscheinung seiner ganzen Conformation in Bezug auf die Kopfform auffassen.

Die stärkere Furchung des Hinterhauptlappens bei vielen Thierhirnen führt Verf. darauf zurück, dass hier die Windungen nicht zu einem bogenförmigen Verlauf ausgestreckt sind, wie ihn z. B. die gleichen Windungen des Raubthierhirns schon aufweisen, sondern, „statt den weiteren Weg vom Stirnende bis zum Schläfenende zu beschreiben, gleichsam zwischen dem Stirn- und Hinterhauptbeine als den Enden der einfachen Längsachse des Schädels eingepresst sind, wodurch eine grössere Zahl von auf die Längsachse senkrechten Furchen und Windungen bedingt wird." Die stärkere Entwicklung des Hinterhauptslappens gegenüber dem Stirnlappen bei diesen Thieren ist demnach nur eine scheinbare.

Die Wägungen der einzelnen Hirnlappen von pathologischen Gehirnen ergaben in den vom Verf. mitgetheilten 65 Fällen laut den Tabellen in allen mit Hirnatrophie einhergehenden Fällen eine vorzugsweise Atrophie des Stirn- und Schläfenlappens, und zwar beider ziemlich gleichmässig, eine geringere Atrophie des Scheitellappens und die geringste Atrophie im Occipitallappen. Aus dem Umstande, dass die Atrophie des Stirn- und Schläfenlappens stets gleichmässigen Antheil an der allgemeinen Atrophie in den mit schwerer Schädigung oder mit Vernichtung des Denkprocesses einhergehenden Fällen von Hirnkrankheit nimmt, darf man schliessen, dass der Stirnlappen wenigstens nicht das alleinige Feld ist, auf welchem die Denkprocesse vor sich gehen. Reinhard (Hamburg).

---

507) **G. Musso** (Turin): Un secondo caso di anomale conformazione delle colonne vescicolari del Clarke. (Abnorme Gestaltung der Clarke'schen Säulen.) (Riv. Speriment. XII. p. 100.)

Pick hat den ersten und einzigen Fall einer Verlagerung der Cl.'schen Säulen beschrieben. M.'s Fall, obwohl ganz eigenartig, zeigt doch eine gewisse Analogie; es handelt sich um eine 28jährige, an Typhus nach einer vieljährigen Muskelatrophie gestorbene Frau. Die in Rede stehende Anomalie war links etwas weniger als rechts ausgeprägt; hier fand sich im oberen Theil des Lendenmarks, in einer Höhenausdehnung von 8—10 mm, eine Lamelle grauer Substanz in den Hintersträngen, die von der Cl. Säule aus erst nach hinten und innen, dann in stumpfem Winkel nach hinten und aussen zog, um sich in der Region der hinteren Wurzeln zu verlieren; sie besteht aus Zellen, die denen der Cl. Säulen glichen, aus horizontal verlaufenden Nervenfasern, und aus Neuroglia, und stellt sich also als eine Fortsetzung der Cl. Säulen dar, und zwar gerade auf der Strecke, welche ein Theil der hinteren Wurzelfaser passiren muss. Es geht daraus hervor, dass dieser Theil der hinteren Wurzeln in die Cl. Säulen eintritt. Vielleicht mag das zur Erklärung der Ataxie bei Tabes beitragen, da die Cl. Säulen sich nach oben in die directe Kleinhirnbahn fortsetzen, und das Kleinhirn wohl als Organ der motorischen Coordination zu betrachten ist. Kurella (Owinsk).

---

508) **N. M. Popow:** Ueber die Bestandtheile der menschlichen Hinterstränge. (Medizinskoje Obosrenie Nro. 14. russisch.)

Die Hinterstränge des menschlichen Rückenmarks zerfallen bekanntlich in die inneren, der hinteren Spalte direct anliegenden und durch ihre dünneren Nervenfasern sich auszeichnenden Goll'schen und die äusseren, den übrigen Theil der Hinterstränge einnehmenden Burdach'schen Faserzüge; die Goll'schen Stränge treten besonders scharf im Halsmark hervor, wo sie nach aussen durch eine stark entwickelte, vom sulcus intermedius posterior entspringende Bindegewebsscheide abgegrenzt sind. Flechsig (die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen, 1876) bestätigte durch die Methode der embryonalen Entwickelung diese Eintheilung. Die Burdach'schen Faserzüge (*Grundbündel der Hinterstränge* Flechsig) erscheinen bereits in der 4. Woche des Fötallebens, doch umkleiden sie sich mit der Myelinhülle erst nach Verlauf von 4 Monaten, die Goll'schen Stränge aber treten erst im Beginne des 3. Monats des intrauterinen Lebens auf und bekleiden sich mit Myelin nicht früher als am Ende des 6. oder im Anfang des 7. Monats des embryonalen Zustandes. Bechterew (über die Bestandtheile der Hinterstränge des Rückenmarks auf Grund der Untersuchung ihrer Entwickelung. Neurol. Centralbl. 1885, Nro. 2) fand die Resultate Flechsig's, auf eine bessere Färbungsmethode nach Weigert sich stützend, ungenau, die Hinterstränge bestehen nach ihm nicht aus zwei, sondern aus drei Faserzügen, weil nach seinen Untersuchungen bei 5—6 monatlichen Embryonen die Bekleidung der Hinterstrangsfasern mit Myelin nicht im ganzen Bereiche der Burdach'schen Stränge, sondern nur an ihrem äusseren Rande längs der ganzen inneren Grenze der Hinterhörner bis zur hinteren Commissur beginnt; im Begimme des 7. Fötalmonats, im welchem nur noch die Goll'schen Stränge unbekleidet sind, ist dieser Unterschied an den Burdach'schen Faserzügen noch bemerkbar, die den Goll'schen Strängen anliegenden Fasern zeigen im Gegensatze zu den übrigen eine dünne und zarte Myelinscheide, die Goll'schen Stränge bekleiden sich nach B. erst Ende des 7. oder Anfang des 8. Monats des intrauterinen Lebens.

Popow untersuchte nach einer neuen im Flechsig'schen Laboratorium üblichen Methode (cf. Original) das Rückenmark von Embryonen vorwiegend aus der zweiten Hälfte des intrauterinen Lebens und konnte nur die von Bechterew erhaltenen Resultate bezüglich der Burdach'schen Stränge bestätigen; ausserdem fand er aber, dass auch die Goll'schen Faserzüge ihre Myelinhülle durchaus nicht zu einer und derselben Zeit erhalten. Auf Rückenmarksschnitten bei 9monatlichen Embryonen zeigten die inneren Abschnitte der Goll'schen Stränge bereits vollständig entwickelte Myelinscheiden, während die, den Burdach'schen Strängen anliegenden Abschnitte des Myelins vollkommen entbehrten, was im Halsmarke besonders deutlich zu sehen war, während im oberen Theile des Brustmarks dieser Unterschied weniger scharf hervortrat. Am jüngeren (etwa aus dem Anfang des 7. Monats) Rückenmark war die Differenz zwischen dem äusseren und

dem inneren Abschnitte der Goll'schen Stränge nicht so scharf ausgeprägt wie am älteren Rückenmark, weil die Myelinbekleidung der benachbarten Burdach'schen Faserzüge zarter und weniger deutlich zu sehen ist.

Aller Wahrscheinlichkeit nach liegt der Grund zu der ungleichzeitigen Bekleidung der Goll'schen Fasern in einem zweifachen Ursprunge derselben. Ein Theil derselben zieht nach Flechsig von den Clarke'schen Säulen und deren nächster Umgebung von vorn und aussen nach hinten und innen und erreicht auf diese Weise die Goll'schen Stränge, wobei er seine Richtung ändert. Der andere Theil bildet vor seinem Eintritte in die weisse Substanz einen integrirenden Bestandtheil der inneren Commissur, seine Fasern gehen von den Hinterhörnern längs des Vorderrandes der Hinterstränge, treten in die hintere Commissur ein und schlagen an der Mittellinie angelangt, eine scharfe sagittale Richtung ein und gelangen in in das septum posterius; ausser diesen Fasern gibt es noch andere, welche, wie die des ersten Theils, den Clarke'schen Säulen entspringen. Popow konnte an seinen Präparaten sich davon überzeugen, dass zu der Zeit, wo die Fasern der hinteren Commissur noch vollständig myelinlos oder sehr schwach mit Myelin bekleidet waren, die Fasern der Clarke'schen Säulen eine vollkommen entwickelte und der an den Fasern der inneren Goll'schen Strängen befindlichen gleiche Myelinscheide aufwiesen, woraus er schliesst, dass die aus den Clarke'schen Säulen entspringenden Fasern der Goll'schen Stränge den inneren Theil der Goll'schen Stränge darstellen, während die aus der hinteren Commissur stammenden den äusseren Theil bilden. Beide Arten Faserzüge enden gleichzeitig im verlängerten Marke in den Kernen der zarten Stränge.

Hinze (St. Petersburg).

---

509) **R. Stintzing** (München): Die Varietäten der Entartungsreaction und ihre diagnostisch-prognostische Bedeutung. (Separat-Abdr. aus dem Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. Leipzig. J. B. Hirschfeld. 1886.)

Verf. versucht, die Varietäten der Entartungsreaction durch Vermehrung der Casuistik und durch Classification derselben nach klinischen Gesichtspunkten genauer zu präcisiren, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der qualitativen und quantitativen Verhältnisse. Die in einer anderen Arbeit d. Verf.'s (siehe d. Centralbl. 1886 pag. 721) angegebenen Bestimmungen ermöglichen es, auch bei motor. Störungen, die sich auf beide Körperhälften, ja sogar auf das gesammte motorische System erstrecken, quantitative Alterationen der electrischen Erregbarkeit, selbst geringen Grades, mit Sicherheit erkennen zu lassen.

Verf. beschreibt 18 Fälle, die er nach dieser Seite hin eingehend untersucht hat. Sie einzeln aufzuführen ist des für ein Referat zugemessenen Raumes wegen nicht möglich, und wir begnügen uns damit, die sehr übersichtliche Tabelle des Verf.'s hier wiederzugeben, in welcher auch die Namen und Fälle anderer Autoren mit herangezogen sind.

Tabellarische Uebersicht der Varietäten der Entartungsreaction nach Gruppen und Abstufungen.

Nr.	Formen		Casuistische Belege und Uebergänge	Vorkommen
	Erste Gruppe (höchste Grade). *EaR mit totaler Unerregbarkeit des Nerven (complete EaR).*			
1	Nerv (F 0 (G 0	Muskel (F 0 (G tr↕	Typus der completen EaR. Bei progr. Proc.: Herleitung aus Form 6, bei regr. Proc.: Uebergang in Form 2, 3, 11 und zur Norm nachgewiesen.	
2	Nerv (F 0 (G 0	Muskel (F tr↓ (G tr↓=	3 *eigene* Beobachtungen. Regressiver Process: Herleitung aus 1, Uebergang in 9 und zur Norm nachgewiesen.	Peripher. Lähmung. Poliomyelit. chron. Progressive Bulbärkernlähmung.
3	Nerv (F 0 (G 0	Muskel (F pr↓= (G tr↓	2 *eigene* Beobachtungen. Regress. Proc.: Herleitung aus 1. Kann wahrscheinlich lange Zeit persistiren.	Peripher. Lähmung.
	Zweite Gruppe (hohe Grade). *EaR mit partieller Erregbarkeit vom Nerven aus.*			
4	Nerv (F tr↓ (G 0	Muskel (F 0 (G tr↓=	3 *eigene* Beobachtungen. Progr. Proc.: Herleitung aus 7 u. 9. Regr. Proc.: Herleitung aus 1, Uebergang in 11 und in einfache Herabsetzung.	Peripher. Lähmung.
5	Nerv (F tr= (G 0	Muskel (F tr= (G tr↑	v. Ziemssen, eine *eigene* Beobachtung. Regress. Process: Uebergang in 8 und 11.	Peripher. Lähmung.
6	Nerv (F pr↓ (G 0	Muskel (F tr↓ (G tr↓	*Eigene* Beobachtung. Regress. Process: Uebergang in 1 und 2. Regressiver Process: Uebergang in 9 nachgewiesen.	Peripher. Lähmung.

Dritte Gruppe (mittlere Grade). *EaR mit erhaltener Erregbarkeit, aber far. Zuckungsträgheit vom Nerven aus.*

a) Bei galvanischer Zuckungsträgheit vom Nerven aus.

	Nerv	Muskel		
7	F tr ⇣ G tr ⇣	F 0 G tr ↓	*Eigene* Beobachtung. Progr. Process: Uebergang in 4 nachgewiesen.	Peripher. Lähmung.
8	F tr = G tr =	F tr ↕ G tr ↑	E. Remak, O. Vierordt, Erb, 2 *eigene* Beobachtungen. Progr. Process: Herleitung aus 13. Regr. Process: Herleitung aus 5, Uebergang in 11 und 12.	Peripher. Lähmung. Nervendehnung. Poliomyelit. chron.

b) Bei prompter galvanischer Zuckung vom Nerven aus.

	Nerv	Muskel		
9	F tr ⇣ ↓ G pr ⇣ ↓	F tr ⇣ ↓ G tr ↓ =	Kast, 4 *eigene* Beobachtungen. Progr. Process: Uebergang in 4. Regr. Process: Herleitung aus 1 und 2, Uebergang in 10 und 11 und zur Norm.	Peripher. Lähmung Erkranknng der vord. Wurzeln. Progress. Bulbärkernlähmung.
10	F tr ⇣ G pr =	F tr ⇣ G pr ↓	*Eigene* Beobachtung Regr. Process: Herleitung aus 9, Uebergang zur Norm.	Multiple Neuritis.

Vierte Gruppe (niedrige Grade). *EaR mit prompter Zuckung vom Nerven aus (partielle EaR).*

	Nerv	Muskel		
11	F pr ⇣ ↓ G pr ⇣ ↓	F 0 G tr ↓ ↕	3 *eigene* Beobachtungen. Regr. Process: Herleitung aus 1, 4, 5, 8 u. 9, Uebergang in einfache Herabsetzung.	Peripher. Lähmung. Diphtheritische Lähmung.
12	F pr ⇣ = G pr ↓ =	F tr ↓ ↓ G tr ↑ =	3 *eigene* Beobachtungen. Regr. Process: Herleitung aus 8	Nervendehnung. Progress. Bulbärkernlähmung.
13	F pr ↓ G pr ↓	F pr ↓ G tr ↑	v. Ziemssen, Bernhardt, Erb u. A., *eigene* Beobachtungen. Progr. Process: Uebergang in 8 und 12.	Peripher. Lähmung. Nervendehnung. Atrophische Spinallähmung.

Erklärung der Abbreviaturen.

F bedeutet: faradisch.
G „ galvanisch.
0 „ unerregbar.

pr bedeutet: prompte Zuckung.
tr „ träge Zuckung.
= „ quantitative normale Erregbarkeit.

↑ bedeutet: Steigerung der Erregbarkeit.
↓ „ Herabsetzung der Erregbarkeit.
⇣ ⇣ „ „ „ „ höheren und höchsten Grades.
↕ „ Bald Steigerung, bald Herabsetzung.

Goldstein (Aachen).

510) **Mordret** (Le Mans): Un cas d'Atrophie cérébrale. (Fall von Hirnatrophie.) (L'Encéphale. VII. Nro. 4.)

Schwachsinnige Frau, mit 36 Jahren in die Anstalt aufgenommen. Keine Delirien, keine emotionelle Erregung. Parese der ganzen rechten Körperhälfte, Contractur des r. Handgelenks, Atrophie der Handmuskulatur. Sensibilität und Sinnesorgane beiderseits normal.

Mit 40 Jahren plötzlich epileptische Anfälle, die 5—6 mal im Jahre kommen. Ohne Zusammenhang damit asthmatische Anfälle. Tod im 72. Jahr. Bei der Section findet sich an Stelle der linken Hemisphäre eine grosse Cyste, gebildet von den weichen Hirnhäuten und einem dieselben innen auskleidenden, 8—10, stellenweise 3—4 Millimeter dicken, fibrösen Gewebe. Septum pellucidum, Fornix erhalten; Corpus striatum und Sehhügel zu einem rundlichen Körper zusammengeschrumpft.

Hirnstamm wird nicht durchschnitten, keine mikroskopische Untersuchung. Verf. konnte in der Literatur keinen ähnlichen Fall finden.

Die geringfügigen Ausfallserscheinungen erklärt Verf. durch eine sehr unvollständige Faserkreuzung, das linke Hirn innervirte, wenn auch etwas ungleich, beide Körperhälften. Ueber das psychische Leben der Patientin sagt er: Dies Mädchen, das nur auf einer Seite dachte, ist halb imbecill geworden. Kurella (Owinsk).

---

511) **J. Girode**: Endocardite végétante ulcéreuse.—Infarctus suppurés du rein et du cerveau. (Ulceröse Endocarditis, eitriger Infarct der Niere und des Gehirns.) (Progrès médical. 1887. Nro. 30.)

August R. 35 Jahre alt, Tagelöhner, ohne erbliche Belastung, chronischer Alkoholist, seit einem Monate nach einer Erkältung an acuter Bronchitis, mit Erbrechen, Schlaflosigkeit, Nasenbluten, nächtlichem Fieber erkrankt. Am 7. Decem ber Aufnahmein's Hospital. Ausser den Zeichen einer allgemeinen Bronchitis und den von der Herzerkrankung ausgehenden Erscheinungen, Abmagerung, Schweisse, schwerfällige Sprache, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel, zeitweise Verdunkelung des Sehfeldes durch Wolken etc. Erbrechen, Fieber. In den nächsten Tagen Zunahme der Erscheinungen. Fieber zwischen 36,6—40,6. Gegen Ende. profuse Schweisse, Delirien, Somnolenz, Unvermögen zu sprechen, Bluterbrechen. Tod am 23. December in Coma.

Autopsie: Ulceröse Endocarditis, Infarct der Niere; Gehirn: Eitrige Flüssigkeit im linken Seitenventrikel, im Linsenkern beiderseits und im rechten Thalamus opticus mehrere grünlich gelbe nicht deutlich abgegrenzte mit einander communicirende Herde, die jedoch die innere Kapsel völlig freilassen. Bei der microscopischen Untersuchung fand sich neben spärlichen isolirten Micrococcen von ungleicher Grösse ein Diplococcus, der von einer hellen Zone umgeben war, ohne dass sich eine wirkliche Kapsel erkennen liess.

Holtermann (Sachsenberg).

---

512) **L. Vrain:** Note sur un cas d'hémorrhagie intraprotubérantielle à foyers multiples et distincts, suivie de mort subite. (Ein Fall von Ponshämorrhagie mit mehreren getrennten Herden, plötzlicher Tod.)
(Progrès médical. 1887. Nro. 30.)

Eine 58 Jahre alte Frau war im Jahre 1879 wegen Verfolgungsideen mit Hallucinationen des Gehörs, Geruchs und Geschmacks, Störungen des Gemeingefühls, Gefühl von Stichen und Erstarrung in den Gliedern, sowie von electrischen Strömen etc. aufgenommen worden. Keine Demenz, obgleich die Erkrankung schon 10 Jahre vorher begann. Insufficienz der Mitralis, die compensirt nie besondere Beschwerden machte. 14 Tage vor dem Tode Zunahme der Schmerzen und Stiche in den oberen und unteren Extremitäten, die bald eine solche Höhe erreichten, dass der Schlaf unmöglich wurde. Am 17. December 1886 fiel die Kranke morgens beim Bettmachen plötzlich um und verstarb ohne Convulsionen.

Die Section ergab im oberen Drittel der Pons 6—7 hämorrhagische Herde, von denen der grösste — circa 1 Ctm. hoch — centralwärts gelegen war, während die übrigen — von einer Höhe von 4—5 Mm. — um diesen herumlagen. Sämmtliche Herde waren circumscript und keiner communicirte mit dem benachbarten; der mittlere enthielt dunkles geronnenes Blut, während die übrigen aus rothem Johannisbeersaft ähnlichem Blute bestanden. Verf. deutet die Möglichkeit an, dass der centralwärts gelegene Herd sich unterhalb eines Thrombus, der in eine in die Vorderseite des Pons eingetretene Arterie gerathen sei, gebildet habe, während die übrigen kleineren durch die Ruptur von durch diese obliterirte Arterie versorgten Aesten entstanden seien. Doch konnte trotz aufmerksamen Suchens die betreffende Arterie nicht gefunden werden. Die seit 14 Tagen vor dem Tode — dem wahrscheinlichen Termine der ersten Blutung, — auftretende allgemeine Steigerung der Sensibilität steht vielleicht in Zusammenhang mit der Ponsläsion, wenigstens ist in den von Coudy veröffentlichten Fällen Aehnliches beobachtet.

Holtermann (Sachsenberg).

---

513) **Bourneville** u. **Isch-Wall:** Tuberculose de la protubérance chez un enfant. (Fall von Tuberculose des Pons bei einem Kinde.)
(Progrès médical 1887 Nro. 33, 34.)

Hoél..., fünfjähriger Knabe, nicht erblich zu Tuberculose disponirt, dagegen starke neuropathische Belastung. Grossvater zwei Jahre lang paraplegisch, eine Tante an Convulsionen gestorben, ein Vetter geisteskrank, ein Bruder der Mutter starb an Zahnkrämpfen Mutter neuropathisch, ein Bruder an Convulsionen gestorben. H. hat als kleines Kind Bronchitis und Scharlach gehabt, war sonst gesund. 3 Jahre alt nach einem Schreck plötzliche Veränderung des Charakters, nächtliches Aufschrecken, Appetitmangel, später erschwerte Athmung, Schwindel. Nach acht Monaten eine acut fieberhafte Erkrankung, die mit vorübergehendem linksseitigem Strabismus begann, deren

Natur nicht genau bekannt ist, nach 8 Tagen Besserung, jedoch Schwäche in den unteren Extremitäten, Schwanken beim Gehen, Sinken der Intelligenz, zeitweises Irrereden. Nach einer 6 wöchentlichen Remission erneutes Auftreten der früheren Störungen mit Dyspnoë und linksseitigem Strabismus internus, hartnäckiger Stuhlverstopfung. Bald nach der Aufnahme in's Hospital Unvermögen zu gehen und zu sprechen, leidendes Aussehen, Schreien bei jeder Untersuchung. Unruhiger Schlaf, völlige Lähmung der unteren Extremitäten, die sofort in Contracturstellung überging beim Versuche, sie zu beugen. Kniephänomen gesteigert, Contractur der oberen Extremitäten, Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Halses, doppelter Strabismus internus, Dysphagie, hartnäckige Stuhlverstopfung, kein Erbrechen. Puls unregelmässig, Temperatur mässig erhöht. Im weiteren Verlaufe leichte Remissionen mit vorübergehendem Fehlen der Paraplegie, regelmässigem Puls normalen und subnormalen Temperaturen. Verhalten der Hautsensibilität wechselnd, bald Hyperästhesie, bald Anästhesie. Gegen Ende Steigerung der Symptome, starke Abmagerung, Einziehung des Abdomen, Ungleichheit der Pupillen. Decubitus. Tod im Coma.

Autopsie: In beiden Lungenspitzen zum Theil verkalkte Tuberkeln, rechts eine mit Eiter gefüllte Caverne. Gehirn: Pia nur im unteren Drittel der beiden Centralwindungen adhaerent. Die Windungen der linken Hemisphäre schmäler als die der rechten. Gewicht links 450 Gr., rechts 560 Gr. Verschiedene Windungsanomalien, links: mehrfache Ueberbrückung der einzelnen Stirnwindungen unter sich, eine Ueberbrückung der hinteren Centralwindung zum unteren Scheitelläppchen, ferner zwischen der zweiten und dritten Schläfenwindung. Die vordere Centralwindung ist in ihrem oberen Fünftel von der oberen Stirnfurche durchbrochen, so dass letztere mit dem Sulcus Rolandi communicirt. Rechts: Ueberbrückung der ersten und zweiten Stirnwindung, sowie eine doppelte von der zweiten zur dritten Schläfenwindung. Ferner finden sich auf beiden Hemisphären eine Reihe von Abweichungen im Verlaufe der einzelnen Furchen, deren äussere Details im Originale nachzusehen sind, da ihre Aufzählung zu weit führen würde. Pons vergrössert, von weicher fluctuirender Beschaffenheit, rechte Hälfte um ein Drittel grösser als die linke. An der oberen und unteren Parthie der rechten Hälfte je ein über die Oberfläche hervorragender kirschkerngrosser Tuberkel, dicht über der rechten Pyramide ein ebensolcher von Linsengrösse; im unteren Theile der linken Hälfte ebenfalls zwei erbsengrosse Tuberkel. Sie setzen sich in das Innere des Pons fort, doch finden sich hier noch mehrere mit den erstgenannten nicht zusammenhängende tuberculöse Gebilde; so im Centrum des Pons ein kirschkerngrosser, links zwei grosse, ein weniger grosser gegen die Mittellinie zu und endlich mehr nach rechts gelegen ein erbsengrosser Tuberkel. Sie bestehen aus einer gelblich weissen mürben Masse, die in eine röthliche klebrige Substanz eingelagert ist, sie durchsetzen den ganzen Pons, so dass von dem ursprünglichen Gewebe nur sehr wenig erhalten ist.

Das Halsmark zeigt die Veränderungen der absteigenden Degeneration in den äusseren Seitensträngen, links stärker wie rechts, die sich in's Dorsalmark fortsetzt und hier diffuser wird; auch im Lendenmark ist eine Vermehrung des Bindegewebes bemerkbar. In der grauen Substanz der Hinterhörner hat eine Verminderung der Zahl der Zellen stattgefunden.

Die von den Verfassern noch weiter angeführten Beobachtungen anderer Autoren über Vorkommen von Tuberkeln im Pons, illustriren das in seinen klinischen Symptomen so wechselvolle Bild der Ponstumoren. Gekreuzte Lähmung sowie Erbrechen, obgleich sehr häufig, können fehlen, dagegen scheint Strabismus in den meisten Fällen vorhanden zu sein. Holtermann (Sachsenberg).

---

514) **P. Bebbez:** Tabes précoce et hérédité nerveuse. (Frühzeitige Tabes und neuropathische Belastung.) (Progrès médical 1887. Nro. 30.)

Die im jugendlichen Alter bis zu 30 Jahren auftretende Tabes unterscheidet sich von der gewöhnlichen des späteren Lebensalters nur durch die Intensität und die Mannigfaltigkeit der neben einander vorkommenden Symptome, die dieser Erkrankung eigenthümlich sind. Die Heredität spielt bei dieser Form eine grössere Rolle wie bei gewöhnlichen Tabes, frühzeitiges Auftreten der Affection und die Intensität der Symptome stehen in directem Verhältniss zur erblichen Belastung, je grösser die letztere, um so frühzeitiger der Beginn der Erkrankung. Das belastende Moment findet sich in allen diesen Fällen in der directen Ascendenz, nicht in den Seitenlinien; Geisteskrankheit, allgemeine Paralyse und Tabes sind die hauptsächlichsten Erkrankungen, welche die Disposition zum frühzeitigen Auftreten der Symptome schaffen. Mit der Friedreich'schen Krankheit hat die das jugendliche Lebensalter befallende Tabes, obgleich sie exquisit erblich ist, nichts gemein.

Eine Reihe von Beobachtungen, deren erste sehr ausführlich und erschöpfend dargestellt ist, illustriren die Ausführungen des Verfassers. Holtermann (Sachsenberg).

---

515) **Pedjkow:** Fall einer, durch Echinococcus verursachten Myelitis. (Medinskoje Obosrenie 1887, Nro. 14. russisch.)

Zu den in der Literatur verzeichneten 13 Fällen von Echinococcus des Rückenmarks fügt P. den 14. eigenen hinzu. Er betrifft eine 22 jährige Mennonitin, welche sich an Verf. im August a. pr. wegen plötzlich aufgetretener Geschwulst an den Gelenken der Unterextremitäten (Knie und Fuss) und heftigen Schmerzen in denselben wandte. Aus der *Anamnese* ergiebt sich, dass die Kranke bis zu ihrem 20. Lebensjahre gesund gewesen war und nur, wie ihr Bruder, an Enuresis nocturna gelitten. Ungefähr vor 8 Jahren trat an der linken Seite des Rückens eine unbedeutende Anschwellung auf, welche

im Laufe der Zeit sich vergrösserte und durch einen Einrenker*) mit ziemlichem Erfolge behandelt worden war. Die Geschwulst selbst war schmerzlos und nicht unbequem, wurde desshalb wenig beachtet, um so mehr aber eine beständige zunehmende Schwäche der Beine, besonders des linken; vor 4 Jahren traten Schmerzen im Rücken und in den Beinen auf, was die Kranke aber vor ihren Verwandten verheimlichte. Einige Tage vor ihrem Besuche bei Dr. P. traten Fieber, heftige Schmerzen, Geschwulst und Röthung der Kniegelenke auf. 2 Tage später auch in den Fussgelenken. Die schlecht ernährte Kranke zeigte 40° C, dabei, ausser den Veränderungen an den Gelenken, durchaus normale innere Organe; verordnet wurde Natron salicylicum gegen den supponirten Gelenkrheumatismus und fuhr die Kranke 10 Kilometer weit zu Verwandten. Einige Tage später besuchte sie Dr. P. in ihrem Wohnort und erfuhr vom Vater der Patientin, dass bald nach ihrer Rückkehr Harnverhaltung eingetreten war und dass die Paraplegie complet wurde. Der Zustand war derselbe geblieben, nur waren keine Schmerzen in den Gelenken vorhanden. Starke Schmerzen im Bereiche des letzten Brust- und ersten Lendenwirbels, Gürtelgefühl, Druck; Faradisation der empfindlichen Wirbel ruft starken Schmerz hervor. Diese Wirbel sind vergrössert und treten stark hervor, die Vorwölbung ist noch mehr ausgesprochen auf dem Kreuzbein, dessen Hautdecken ödematös sind und auf Fingerdruck eine Vertiefung zeigen. Auf der linken Seite des Rückens zwischen dem letzten Brust- und dem ersten Lendenwirbel zwei Fingerbreit von den Dorsalfortsätzen zeigt sich eine wenig vortretende, gleichmässige runde Verwölbung der Hautdecken, welche beim Bücken nach vorn deutlicher wird und etwa 2½" im Durchmesser misst, leiser Druck wird nicht empfunden, starker ruft aber Schmerz in den benachbarten Wirbeln hervor. Die Farbe der, die Geschwulst überziehenden Haut ist unverändert, die Geschwulst selbst fühlt sich elastischer, als ihre Umgebung an, fluctuirt aber nicht. Die Beine sind vollständig paraplegisch und anästhetisch für tiefe Stiche, Temperaturen und Druck. Die Grenze der motorischen und sensiblen Lähmung und der mangelnden faradischen Erregbarkeit reicht hinten bis zum 3. Lendenwirbel und dessen Niveau, vorne liegt sie etwas niedriger und stellt eine zickzackförmige Linie dar, indem sie links fast aus der Höhe der crista ilei beginnend, sich auf dem Wege zur Symphyse senkt, dann kurz vor dieser sich erhebt, um rechts sich wiederum zur crista ilei zu senken. Die oberhalb dieser Grenze liegenden Theile sind ganz normal mit Ausnahme des Wirbelsäulenabschnittes vom letzten Brust- bis zum ersten Lendenwirbel, wo die Hautsensibilität erhöht ist. — Gleichzeitig besteht Lähmung der Blase und des Mastdarms, der mittelst Katheter entleerte Harn ist blutig-eitrig, alkalisch rea-

*) In Russland giebt es eine besondere Klasse von Leuten, namentlich Bauern, welche sich mit dem Einrichten von Verenkungen, Verbinden von Knochenbrüchen und dergl. speciell beschäftigen, „Einrenker" (Kostoprawy) heissen und unter der Landbevölkerung, leider auch in grossen Städten grosses Ansehen geniessen.

girend und stark nach Ammoniak riechend, der durch Drastica heruntergetriebene Koth geht nur bis zum Sphincter ani und muss von hier aus mit dem Finger entfernt werden. Zwei kleine Exostosen befinden sich über dem capitulum der linken fibula und auf der crista des rechten Schienbeins, die Lymphdrüsen am Halse und in den Weichen sind vergrössert, hart, die Muskeln der Beine schlaff.

Auf Grund aller angeführten Symptome wurde die Diagnose auf Compressionsmyelitis gestellt, welche durch irgend ein Wirbelleiden bedingt wurde. Verordnet wurde Jodkalium, Laxantien und Ableitungen, aber ohne jeden Erfolg im Verlauf von 4 Monaten; eine tiefgehende Probepunktion gab keine Erklärung über die Natur der Geschwulst, welche aber von Zeit zu Zeit ihren Umfang änderte, bald sich mehr vorwölbt, bald zusammenfiel, im ersteren Falle fühlte sich die Kranke wohler. Ein Ende Dezember 1885 schichtweise durch die Geschwulst geführter, 4,5 C. tiefer Längsschnitt ergab nichts, was die Verwölbung am Rücken erklären konnte, im Grunde der Wunde konnte der entblösste letzte Brustwirbel gefühlt werden. Die Muskeln und Fascien waren normal. Aus der Wunde flossen etwa 30,0 farbloser Flüssigkeit heraus, sofort nach dem Schnitte schloss sich die Wunde durch ein Stück fibrösen, röhrenförmig eingerollten Bindegewebes, welches mit einer Pincette nicht entfernt werden konnte. Bald darauf entleerten sich aus der Wundöffnung eine Menge Blasen von Erbsen- bis Hühnereigrösse, mit farbloser Flüssigkeit gefüllt, manche zweikammerig, mit frei schwimmenden Tochterblasen gefüllt. Diese Entleerung von circa 100 Blasen hielt ungefähr einen Monat an, worauf die Wunde verheilte, später aber mehrmals von Neuem sich öffnete und einzelne Blasen entleerte. Der Krankheitsprocess verbreitete sich allmählig immer weiter nach oben, es erschienen starke Sehmerzen in den Oberextremitäten, der rechte Arm wurde gelähmt, die Sprache undeutlich, das Schlingen erschwert, das Athmen unregelmässig, die kranken Wirbel setzten eine geringe Kyphose, der ganze Unterkörper war mit, bis auf die Knochen dringenden Decubitusstellen bedeckt und starb die Kranke im Februar 1886 an einer Respirationslähmung, eine Section wurde nicht gestattet. Hinze (St. Petersburg).

---

516) **Homén** (Helingsfors): Un cas de paramyoclonus multiple.
(Charcot Arch. Vol. XIII Nro. 38.)

Es handelt sich um den einzigen Sohn eines Gewohnheitstrinkers einen 45jährigen finnländischen Bauern, welcher im Alter von 16 Jahren erkrankt war. Der Fall ähnelt dem von Seeligmüller beschriebenen, denn die Zuckungen betrafen nicht nur die obere und untere Extremität, sondern gingen zuweilen auf das Gesicht über. Muskelthätigkeit steigerte die Affection. Der constante Strom blieb wirkungslos. Besonders erwähnenswerth ist, dass das Leiden, welches wie in dem Friedreich'schen Falle nach Schreck entstanden war, von einem Krampfanfall mit völliger Bewusstlosigkeit eingeleitet wurde. Ebensolche Anfälle mit vorübergehender Steigerung der

Zuckungen traten auf, wenn sich der Mensch berauschte; kleine Alkoholmengen dagegen übten einen auffallend beruhigenden Einfluss.

Leppmann (Breslau).

---

517) **Van Imschoot** (Gent): Fibrosarcome Caverneux du Nerf Radial. (Annales de la Soc. d. Med. de Gand. 1887. p. 14.)

Sarcome der peripheren Nerven sind äusserst selten; ihr Vorkommen ist sogar oft bestritten worden. Ihre Symptomatologie ist vag; sie werden gewöhnlich erst bei sehr grossem Volumen oder nach heftiger traumatischer Reizung von ihrem Besitzer bemerkt. Sensibilität und Motilität sind selten gestört; nur in einem Falle Volkmanns (Sarc. d. Median.) waren Zeige- und Mittelfinger, sowie einzelne Vorderarmmuskeln atrophisch. In dem Falle von I. bemerkte der 20jährige Patient zwei Jahre lang nur vage, „rheumatische Beschwerden". Ein rapides Wachsthum des Tumors führte zu ärztlicher Untersuchung; es fand sich ein immobiler, harter, den Humerus unterhalb des Gelenks umgreifender, nach unten sich bis zum Ellbogengelenk am inneren Rand des Biceps erstreckender Tumor. Beweglichkeit des Unterarmes und der Hand, Muskelkraft gleich Null; Sensibilität erhalten; lancinirende, in die Hand irradiirende Schmerzen. Exarticulation der Schulter, guter Heilungsverlauf; kein Recidiv.

Das Präparat zeigt einen Tumor des N. radialis, in der Mitte der Humerusdiaphyse, allgemeine Muskelatrophie, Verwandlung des Triceps in ein System von Cysten mit blutig serösem Inhalt; der Tumor ist spindelförmig, theils fibrös, theils cavernös, an vielen Stellen von Nervenbündeln durchzogen; der Radialis verlässt den Tumor als einheitlicher Strang.

Nach hinten geht der Tumor zunächst in eine diffuse Infiltration des Triceps mit neoplastischem, cavernösen Gewebe, und dann in einen zweiten, etwas kleineren, spindelförmigen Tumor über, der keinen Zusammenhang mit einem Nerven zeigt.

Histologisch bestehen die festeren Partien aus zarten Bindegewebsfibrillen mit eingestreuten Sternzellen, die Hauptmasse jedoch aus kleinzelligem Spindelzellengewebe, untermischt mit Partien embryonalen Granulationsgewebes, das durch zahlreiche, zartwandige, weite Capillaren eine cavernöse Structur erhält. Kurella (Owinsk).

---

518) **Otto Seifert** (Würzburg): Ueber Antipyrin als Nervinum. (Centralbl. f. klin. Medicin. Nro. 35. 1887.)

Verf. gibt eine ganze Anzahl Literaturangaben und fügt einige eigene Beobachtungen bei. Bei zwei an Hemicranie leidenden Patienten war das Mittel (in Dosen von 1 Grm.) nicht sonderlich wirksam. Dazu traten bei der ersten Patientin gastrische Reizerscheinungen, bei der zweiten Schwindel und Kopfschmerz nach Gebrauch des Mittels ein. Es kommt dem Verf. so vor, als ob bei Fiebernden sowohl wie bei Nichtfiebernden die unangenehmen Nebenerscheinungen häufiger beim Antipyrin als beim Antifebrin seien. Ein Mal beobachtete Verf. heftiges Ohrensausen nach Antipyringebrauch, was bis jetzt noch nicht

beschrieben ist. Zufriedenstellender als bei Hemicranie lauten die Resultate bei Trigeminusneuralgieen, ferner bei Cephaleen verschiedenen Ursprungs. Vielleicht läuft das billigere und nicht von unangenehmen Nebenerscheinungen begleitete Antifrebin dem Antipyrin den Rang ab. (Ref. scheint es nach zahlreichen eigenen und anderen Beobachtungen, dass sich bis jetzt noch nichts Gesetzmässiges über beide Nervina sagen lässt. Die Resultate lauten ganz verschieden und sind es auch in der That. Es geht hier eben wie mit allen neu empfohlenen Mitteln: Anfänglich wirken sie wahre Wunder; allmählich verschwinden sie immer mehr von der Bildfläche. Man thut daher vorläufig gut, gelegentlich beide Mittel zu probiren und selbst sein Resumé zu ziehen.) Goldstein (Aachen).

---

519) **Pirkler** (Budapest): Ein Fall von Hysterie im Kindesalter.
(Pester med. chir. Presse 1887. Nro. 35.)

Ein 11 jähriges blasses, sehr intelligentes Mädchen, wiederholt an Masern erkrankt, litt seit seinem 2. Jahre an hysterischen Krämpfen. Eltern gesund; Mutter reizbar. Als Verf. die Pat. zum erstenmale sah, fand er keuchende Athmung, verstärkten Herzschlag, turgescirtes Gesicht, krampfhaft gespannte Arme und Hände, die Phalangen waren nicht zu flectiren. Dieser Zustand hielt etwa 15—25 Minuten an, worauf alles, mit Ausnahme der beschleunigten Respiration, zurückging. Die Anfälle kamen am Tage 5—6 mal, in der Nacht seltener.

Therapie: Bromkalium und Chloralhydrat. Die Untersuchung ergab einen Scheidencatarrh und stellte fest, dass Pat. seit ihrem 6. Jahre onanirte. Bei Intactheit der übrigen Organe leitet Verf. die Hysterie von der Onanie ab. (Sonderbar, da die Hysterie schon 4 Jahre länger bestand! Ref.). Nach der Behandlung mit Bromkalium besserten sich die motorischen Krankheitssymptome, die Hyperästhesie in der visceralen Sphäre, bes. ein Oppressionsgefühl im Larynx, Furcht vor dem Schlingen, Speichelfluss etc. steigerten sich sehr. Nach einer Consultation mit Prof. Laufenauer wurde die psychische Behandlung beschlossen. Es wurde der Pat. eröffnet, dass sie zum Zwecke ihrer Heilung von Hause entfernt werden müsste. Von dieser Minute an blieben die Anfälle aus. Erlenmeyer.

---

520) **F. Bateman** (Norwich): Logonévrose épileptique. (Epileptische Aphasie.) (L'Encéphale 1887. p. 444.)

Intermittirende, einige Stunden bis zu einigen Wochen andauernde, plötzliche, totale Suspension der Sprache, eingeleitet durch eine als abnormes Gefühl in der Hals- und Lendengegend auftretende Aura, von der auch die Rückkehr der Sprache jedesmal eingeleitet war. Rückkehr der Sprache durch faradischen Strom beschleunigt. Intelligenz intact, keinerlei sonstige nervöse Störungen. In den Anfällen war das Verständniss von Sprache und Schrift unverändert, ebenso die

Schrift. „Die Organe der Phonation und der Articulation besassen unbeschränkte Freiheit der Action, aber sie reagirten nicht mehr auf intellectuelle Impulse. Die Vorstellung war gegenwärtig, die Worte fehlten nicht, aber die Articulation stand den Worten nicht zur Verfügung. Der Kranke war also durchaus ausser Stande, den psychopsychischen Act des Gedanken-Ausdrucks zu vollziehen, durch den die Vorstellung in articulirte Sprache umgesetzt wird".

Die Mittheilung besteht mehr aus einem bestätigenden Raisonnement über das Kussmaul'sche Sprach-Schema als aus klinischen Beobachtungen. Kurella (Owinsk).

---

521) **J. Hoppe** (Basel): Die Pseudohallucinationen und Victor Kandinsky's kritische und klinische Betrachtungen der Sinnestäuschungen. (Jahrbücher f. Psychiatrie, VII. Bd., 1. u. 2. Heft.)

Verf., welcher die oben benannte Arbeit Kandinsky's im Ganzen der Lektüre empfiehlt, weil sie zum Denken anrege und viel Material biete, polemisirt indessen gegen denselben hinsichtlich der Auffassung von den sogenannten Pseudohallucinationen. Letztere sind nämlich nach K.: „Ganz concrete und sehr lebhafte Vorstellungen oder sinnliche Bilder ohne Objectivität und Wirklichkeit und ein von den gewöhnlichen sinnlichen Vorstellungen und Phantasiebildern sehr Verschiedenes". Verf. sucht nun nachzuweisen, dass Pseudohallucinationen blosse Phantasieprodukte resp. Erinnerungstäuschungen seien, nicht aber Hallucinationen; denn sie seien sachlich keine peripheren Erregungsprodukte der Nerven. Nach des Verf.'s Ansicht handelt es sich eben bei allen Arten von Hallucinationen um eine Erregung der betreffenden peripheren Sinnesnerven, sei es nun, dass dieselbe physiologisch wie beim Auge durch die Farbe und das Eigenlicht des Auges beim Schliessen der Lider resp. durch die Wahrnehmung der entoptischen Vorgänge zu Stande kommt, oder pathologisch durch eine direkte Steigerung der Erregbarkeit der peripheren Sinnesausbreitung letztere vom Centrum, also in centrifugaler Richtung aus. Der Character der Objectivität gehört nach H. nicht zu dem Begriffe der Hallucination. Ueberall wo es sich bei Kandinsky's „Pseudohallucinationen" nicht um blosse Phantasieprodukte handle, stellten dieselben ganz einfach Hallucinationen — und zwar höchstwahrscheinlich meist auf Grund entoptischer oder entotischer Wahrnehmungen — dar. Die Bezeichnung „Pseudohallucination" sei daher mindestens überflüssig, wenn nicht gar schädlich, weil Verwirrung hervorrufend.

Zu einem eingehenderen Referate eignet sich H.'s Arbeit nicht. Wer sich näher für seine Ausführungen interessirt, möge dieselbe im Originale lesen. Reinhard (Hamburg).

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. October 1887. Nro. 20.

Inhalt.

I. Originalien. Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes. Von G. Jelgersma. (Schluss.)

II. Original-Vereinsberichte. I. Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 16. und 17. September 1887. Von Dr. Matusch in Sachsenberg. **Schüle** Ueber den Werth und die Zulässigkeit frühzeitiger Entlassung aus der Anstalt. **Grashey**: Ueber Dienstberichte für Irrenanstalten. **Pelman**: Ueber die Aufnahme von Trunksüchtigen in Irrenanstalten. **Lähr**: Die Annahme der Gesetzgebung, dass durch die Aufnahme in Irrenanstalten eine ungerechtfertigte Freiheitsberaubung veranlasst oder erhalten werden könne, wird durch die Erfahrung nicht bestätigt. II. Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887. Von Dr. L. Goldstein in Aachen. **Guye**: Ueber Aprosexia, die Unfähigkeit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, als Folge von nasalen Störungen. **Eulenburg**: Ueber Spannungsströme. **Meynert**: Ueber Diagnose frühzeitiger Schädelsynostosen am Lebenden. **Benedict**: Ueber zwei eigenthümliche Krampfformen. **Witzel**: Ueber die Neurosen der Amputationsstümpfe. **Lossen**: Ueber Neurectomie.

III. Referate und Kritiken. **Sigand**: Ein Fall von Wortblindheit mit Sectionsbefund. **Charcot**: Hypertrophische cervicale Pachimeningitis. **Money**: Kann das Kniephänomen als Unterscheidungszeichen zwischen Typhus und Meningitis dienen? **Edgren**: Primäre progressive Myopathie und ihr scapulo-humeraler Typus. **Bruzelius**: Ueber multiple Neuritis. **Potain**: Ein Fall von Sclerodactylie. **Joal**: Der Nasenchwindel. **Arndt**: Trophische Störung aus psychischer Ursache. **Kirn**: Ueber Lesestörungen bei paralytischen und nicht paralytischen Geisteskranken? **Bourneville**: Die Temperatur im Status epilepticus. **Wagner**: Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. **Ball**: Sexuelle Psychopathie. **von Krafft-Ebing**: Originäre geistige Schwächezustände.

I. Originalien.

Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes.

Von G. JELGERSMA.

(Autorisirte Uebersetzung von Dr. Kurella.)

(Schluss.)

B. *Verbindungen zwischen Intellectuorium und Reflexbogen.*

Wie ich schon zu bemerken Gelegenheit hatte, übt das Intellectuorium noch eine andere Art formverändernder Wirkung auf Oblongata.

und Hirnstamm aus, und zwar durch die Verbindung, welche gleichfalls secundär zwischen Intellectuorium und Reflexbogen — der letztere im weitesten Sinne genommen — entsteht. Dieser Einfluss macht sich natürlich auch auf das Rückenmark geltend, im Gegensatz zu der intellectuellen Bahn, die auf die Oblongata beschränkt bleibt. Durch die sehr umfassende Bedeutung, die ich — wie schon früher erörtert — dem Reflexbogen gebe, durch die Einbeziehung aller primären Centra der Oblongata in denselben, enthält auch seine Verbindungsbahn mit dem Reflexbogen eine grosse Ausdehnung. Für die physiologische Einheit, die ich hier im Auge habe, giebt es in der allgemeinen Anatomie des Centralnervensystems keine Bezeichnung. Ich will sie die Verbindungsbahn zwischen Intellectuorium und Reflexbogen nennen.

Dies System fällt im wesentlichen mit dem zusammen, was Meynert in seinem bekannten Schema des Hirnbaues das zweite und dritte Projectionssystem genannt hat. Seitdem durch die Untersuchungen Gudden's und Flechsig's sicher ermittelt worden ist, dass eine directe Verbindung zwischen der Hirnrinde und den Vorderhörnern des Rückenmarks besteht, seitdem man weiss, dass nach Wegnahme bestimmter Rindenregionen diese ganze Fasermasse zu Grunde gehen kann, dass in den Verlauf dieser Bahn kein Ganglion als Zwischenstation eingeschaltet ist, und seitdem ausserdem noch nachgewiesen ist, dass diese ganze Bahn in der Hauptsache ihre völlige anatomische Entwicklung gleichzeitig erreicht, ist das ganze Meynert'sche Schema im Princip hinfällig geworden.

Auch ist in diesem Schema kein Platz für die ausgedehnten Fasersysteme und Ganglien, welche ich oben als die intellectuelle Bahn der Oblongata und des Hirnstammes bezeichnet habe, es sei denn, dass man ihr eine sehr gezwungene Bezeichnung beilegt und sie als gleichwerthig mit den intracerebralen Verbindungsbahnen auffasst, denen Meynert den Namen „Associations-Systeme" gegeben hat. Das Meynert'sche Schema war, ganz wie jede andere theoretische Auffassung, ein Resultat der Einzelkenntnisse seiner Zeit, und mit der Bereicherung unserer Kenntnisse durch Thatsachen ist dies Schema unzureichend geworden. Keiner der neuen Forscher kann sich jetzt noch in demselben zurecht finden.

Charakteristisch für das eben genannte System und massgebend für die Unterscheidung von anderen Nervenbahnen sind folgende seiner Eigenschaften:

1. Wie die intellectuelle Bahn ist es in der ersten Anlage des Centralnervensystems nicht gegeben, sondern hat sein Entstehen der schon erwähnten Verwachsung zu danken, die zwischen dem primären und secundären Vorderhirnbläschen erst dann eintritt, wenn sowohl Intellectuorium wie Reflexbogen in der Anlage schon gegeben sind.

2. Es unterscheidet sich von der intellectuellen Bahn dadurch, dass es nicht einzeln, sondern doppelt vertreten ist. Es besteht sowohl für das grosse, wie für das kleine Hirn. Für das Grosshirn ist es in dem Pyramiden- und Schleifensystem vertreten (im

weitesten Sinne, also als Verbindung zwischen Intellectuorium und Reflexbogen aufgefasst), für das Kleinhirn in der Kleinhirn-Seitenstrangbahn und motorischen Kleinhirnbahn (Flechsig) und in der Verbindung zwischen Kleinhirn und den primären Kernen der Oblongata. Die Gleichwerthigkeit der anatomischen Verbindungen des Gross- und Kleinhirns mit dem Reflexbogen lässt, wie ich schon bemerkt habe, eine Gleichwerthigkeit der Function beider Organe vermuthen. Das Kleinhirn scheint also dem Grosshirn mehr coordinirt, als subordinirt zu sein.

3. Der Zeitpunkt, an dem dieses System seine volle anatomische (Markscheiden-) Entwicklung erreicht, ist im allgemeinen früher, als für das Intellectuorium und später, als für den Reflexbogen. Der ganze Reflexbogen hat schon seine Markscheiden, ehe sie in diesem System auftreten. In dieser Beziehung bestehen jedoch innerhalb des Systems selbst noch Unterschiede. Diese beziehen sich auf die allgemeine Regel, dass die centripetalen Bahnen eher Markscheiden enthalten, als die centrifugalen.

Sehr früh erhalten die Rückenmarkshinterstränge und die Kleinhirnseitenstränge ihre Markscheiden; sehr spät (erst gegen die Geburt) das ganze centrifugale System.

4. Die Entwickelung dieses Systems ist in geringerem Grade, als die der intellectuellen Bahn, von dem Entwickelungsgrade des Intellectuoriums abhängig, aber doch mehr, als das folgende System. Die Entwickelungsstufe der intellectuellen Bahn ist allein von der höheren oder niederen Stellung, die das Intellectuorium einnimmt, abhängig, und giebt ein characteristisches Unterscheidungsmerkmal zwischen dem Bau des Hirnstammes und der Oblongata beim Menschen und den höheren Säugethieren.

Für das hier behandelte System ist der Reflexbogen für die Entwickelung ein ebenso bestimmendes Moment, wie das Intellectuorium. So darf man bei einem stark entwickelten Reflexbogen, — z. B. dem System der primären Opticuscentren bei den Vögeln — und damit verbundener stärkerer Entwickelung der Verbindungen mit dem Intellectuorium, nicht auf eine höhere Stellung des letzteren schliessen, wie das bei der intellectuellen Bahn wohl erlaubt wäre. Andererseits aber, *den Reflexbogen als constant angenommen*, ist es auch wahr, dass mit einer höheren Entwickelung des Intellectuoriums eine solche des fraglichen Systems verbunden ist. In dieser Frage befinde ich mich wieder im Gegensatz zu Meynert, der in der Entwickelung des Pyramidensystems einen Maassstab für die Entwickelung des Intellectuoriums findet. Diese Anschauung gilt nur dann, wenn der Reflexbogen, soweit er motorische Elemente umfasst, absolut constant wäre, was nicht angenommen werden kann.

5. Dies System erhält durch pathologische Besonderheiten den Stempel des eigenartigen, da in ihm, soweit das Rückenmark in Frage kommt, die sogenannten Systemerkrankungen auftreten. Für die Oblongata ist nichts analoges bekannt. Als Typen dieser Systemkrank-

heiten kann man die uncomplicirten Fälle von Lateralsklerose (in der centrifugalen Bahn) und von Tabes (in der centripetalen Bahn) ansehen. Nach meiner Auffassung muss man eine scharfe Grenze zwischen secundärer Degeneration und Systemerkrankung ziehen. Secundäre Degeneration betrachte ich als den Untergang des directen Ausläufers der Ganglienzelle, während eine Systemerkrankung in ganz anderen, uns noch völlig unbekannten Verhältnissen ihre Ursache hat. Die pathologische Anatomie der Tabes liefert ein ganz gutes Beispiel der Bestätigung meiner Auffassung. In den einigermaassen vorgeschrittenen Stadien dieser Krankheit findet man einen fast vollständigen Untergang der Hinterstränge im Lendenmark; nach oben nimmt die Sklerose allmählich ab, und im Halsmark findet man gewöhnlich nur eine Sklerose der Goll'schen Stränge. Während des Lebens bestanden in solchen Fällen intensive Symptome in den unteren Extremitäten und im Rumpf, während die Arme gewöhnlich frei blieben oder nur in geringem Masse afficirt waren, obgleich in den Goll'schen Strängen des Halsmarks eine erhebliche Sklerose bestand. Diese auffallende Erscheinung lässt sich leicht durch die Annahme erklären, dass sich das pathologisch-anatomische Bild der Tabes aus zwei verschiedenen Processen zusammensetzt:

1) der eigentlichen System-Erkrankung, die im Lendenmark entsteht und in den meisten Fällen darauf beschränkt bleibt; (diese Affection bedingte die während des Lebens auftretende Symptome) und

2) eine aufsteigende secundäre Degeneration, die nothwendigerweise eintreten muss, wenn in den Hintersträngen des Rückenmarks sich ein pathologischer Process etablirt hat. Diese secundäre Degeneration beschränkt sich natürlich ausschliesslich auf die centrale Fortsetzung der primär erkrankten Bahnen, im Halsmark also auf die Goll'schen Stränge, welche die centrale Fortsetzung der Hinterstränge des Lendenmarks darstellen. Diese Erklärung wird ferner noch plausibel gemacht durch die nach Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln — zwischen diesem und dem Ganglion intervertebrale — auftretenden Erscheinungen. Es entsteht dann eine secundäre Degeneration durch die Hinterstränge des ganzen Rückenmarks bis an die funic. graciles und cuneati. Im Halsmark liegen die Bahnen für die hinteren Extremitäten in den Goll'schen Strängen, und stimmen somit mit dem Strang überein, die man bei Tabes im Halsmark degenerirt findet. Secundäre Degeneration und Systemerkrankung müssen also bei der Tabes scharf auseinander gehalten werden, die Systemerkrankung macht allein die Symptome*). Bei Tabes ist das anatomische Bild aus dem Grunde so trügerisch, weil secundäre Degeneration und System-Erkrankung sich in derselben Richtung fortpflanzen.

Anders liegt das Verhältniss bei der Lateralsklerose, hier stösst

*) Nach der Niederschrift dieser Worte finde ich dieselbe Idee wieder in dem eben erschienenen Buche: Th. Rumpfs: „Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.“

die secundäre Degeneration bei ihrem Fortschreiten nach unten auf die Ganglienzellen des Vorderhorns im Rückenmark.

Es tritt also keine secundäre Degeneration ein, und die Systemerkrankung schreitet uncomplicirt nach oben fort, gerade in umgekehrter Richtung gegen die Verlaufsweise der secundären Degeneration; ein Beweis mehr dafür, dass beides verschiedene, von einander unabhängige Processe sind.

Ueber Systemerkrankungen in den Verbindungsbahnen zwischen Kleinhirn und Reflexbogen ist noch wenig bekannt; wahrscheinlich kommen sie jedoch vor.

C. *Der Reflexbogen.*

Die letzte Ursache der complicirten Formverhältnisse in Oblongata und Hirnstamm war, wie wir gesehen haben, die Differenzirung des Reflexbogens. Dies Moment macht sich natürlich ebenso sehr für das Rückenmark wie für die Oblongata geltend, die morphologische Entwickelung des Rückenmarks ist sogar ausschliesslich durch dasselbe bestimmt, da daneben nur noch die Verbindung zwischen Intellectuorium und Rückenmark in Betracht kommt. Ist die Organisation des Rückenmarks einmal gegeben, so kommt — wie ich oben gezeigt habe — als Moment der Umformung der Oblongata aus demselben die Differenzirung der Sinnesorgane in Betracht, wie sie im Verlauf der Stammesentwickelung aufgetreten ist.

Ich glaube hier den Hauptnachdruck auf den überwiegenden Einfluss des centripetalen Endorgans legen zu müssen, unter Uebergehung des centripetalen Theils im Reflexbogen. Die Reize der Umgebung, in denen ja die ausschliessliche Ursache der Differenzirung gegeben ist, wirken auf die Sinnesorgane, und diese üben ihren Einfluss auf den Reflexbogen.

Nach Massgabe der zunehmenden Combinationen dieser Reflex-Sensationen entstehen immer zahlreichere Verbindungswege zwischen den verschiedenen Centren, und wird der centrifugale Effect complicirter.

Ontogenetisch zeigt sich diese allgemeine Regel noch darin, dass innerhalb eines bestimmten Systems der centripetale Theil seine Entwickelung früher erreicht, als der centrifugale; dieser Unterschied ist besonders prägnant bei den Verbindungsbahnen zwischen Intellectuorium und Reflexbogen, wie ich oben schon kurz angedeutet habe. Wie sehr sich der Reflexvorgang durch diese Verhältnisse compliciren mag, im Wesen bleibt er stets derselbe, und unterscheidet sich stets durch die Abwesenheit des bewussten Intellects von den Verrichtungen des Intellectuoriums.

Am Auge mit seinen verschiedenen Reflexreactionen auf Reize tritt dies Verhältniss ganz besonders hervor. Fast alle unsere Augenbewegungen geschehen ganz unbewusst, trotz ihrer oft so erheblichen Complicirtheit. Ohne näher darauf einzugehen, scheint mir das doch dafür zu sprechen, dass wir uns die primären Centren des Auges nothwendigerweise sehr complicirt denken müssen, was die Erfahrung ja bisher auch wohl durchaus bestätigt hat.

Ein anderer Umstand trägt noch dazu bei, den Reflexbogen der Oblongata und des Hirnstamms zu compliciren; es sind die s. g. „secondary automatic actions“ der englischen Psychologen. Eine bestimmte, dem Individuum ursprünglich fremde Handlung kann nur unter der Mitwirkung des bewussten Intellects errichtet werden. Jemehr sich nun diese Handlung wiederholt, sei es bei demselben Individuum, oder bei Generationen von Individuen, verbindet sich damit eine immer schwächere intellectuelle Thätigkeit, die Handlung wird allmählich *automatisch*, dabei zugleich regelmässiger und weniger mit störenden Mitbewegungen verbunden, die Handlung wird einfach und zweckmässig. Sie wird eine Reaction des Individuums auf einen Reiz, und ist als solche in der Organisation des Individuums eingeschlossen. „L'action s'est organisée“, wie Ribot es ausdrückt. Mit dieser steigenden Vollendung und Vereinfachung der Handlung geht aber in anderer Beziehung eine Degradation Hand in Hand. Die Handlung nistet sich so fest ein, dass sie stets auf denselben Reiz abläuft, auch wenn sie unter momentanen äusseren Verhältnissen dem Individuum schädlich ist. Sie lässt sich nicht mehr den Umständen gemäss modificiren, weil sie unabhängig geworden ist von dem Einfluss des bewussten Intellects, der *abwägt* und *wählt*.

Es liegt aber in der Natur der Sache, dass im Lauf der Stammentwickelung derartige secundäre automatische Handlungen ein complicirtes Moment für die Organisation des Reflexbogen gewesen sind.

Auf dem Gebiete der vergleichenden Anatomie bestehen gewisse Daten für den peripheren Theil des Reflexbogens, welche die Entwickelung desselben andeuten. Im allgemeinen ist der Reflexbogen bei den höheren Wirbelthieren ein constanteres Organ, als das Intellectuorium, da er schon ein Erbstück von früheren Formen her ist, um also den Reflexbogen der Oblongata in seiner Stammesentwickelung zu verfolgen, muss man auf die tiefer stehenden Formen der Wirbelthiere zurückgehen.

Bei Fischen und Amphibien sieht man eine Verringerung in der Zahl der aus der Oblongata entspringenden Nerven; Nerven, die bei höheren Thierformen getrennt vorkommen, sind hier vereinigt u. s. w.

Dass dieser Vereinfachung der peripheren Organe auch ein weniger complicirter Bau des Reflexbogens entspricht, lässt sich wohl annehmen, doch ist das noch nicht weiter untersucht worden.

Der Reflexbogen unterscheidet sich also von den beiden früher behandelten Systemen durch folgende Kennzeichen:

1) Der Reflexbogen ist in seiner Gesammtheit in der ursprünglichen Anlage des Centralnervensystems beim Embryo gegeben. Diese Anlage ist anfangs in allen ihren Theilen gleichmässig, erst später mit dem Auftreten der drei primären Hirnbläschen am capitalen Ende entstehen Differenzirungen.

2) Er erreicht früher als die anderen beide Systeme seine volle anatomische Entwickelung. Ob hierin innerhalb des Systems noch erhebliche Unterschiede bestehen, ist noch unbekannt; wahrscheinlich

erhält der centripetale Theil seine Markscheiden früher als der centrifugale. Auch die Leitungsbahnen zwischen den verschiedenen Centren des Reflexbogens erhalten frühzeitig, alle noch im embryonalen Leben, Markscheiden für ihre Axencylinder. Hierdurch ist es möglich geworden, diese Markscheiden besitzenden Bündel durch die nackten Axencylinder der übrigen Systeme zu verfolgen. Als Beispiel dafür möge der fasc. longitudinalis poster. dienen, ein Fasergebilde, das die verschiedenen Kerne der Oblongata untereinander verbindet. Darkschewitsch hat unlängst angedeutet, dass der centrale Theil der commiss. poster. eine ähnliche Verbindung darstellt, die gekreuzt verlaufend die primären Opticuscentren im Sehhügel mit dem fasc. longitud. post. und dem Oculomotoriuskern verknüpft. Schon früher erhält dieser centrale Theil seine Markscheiden.

3) Die Entwickelung des Reflexbogens beim vollentwickelten Individuum ist unabhängig von dem Ausbildungsgrade des Intelletuoriums. Höchstens indirect, als Ausdruck der secundären, automatischen Handlungen, kann das Intellectuorium einen gewissen formativen Einfluss ausüben. Bei den höheren Wirbelthieren ist der Reflexbogen ein ziemlich constantes Organ, und für die phylogenetische Entwicklung dieses Theils der Oblongata muss man die niederen Wirbelthiere untersuchen.

4) Die physiologische Function dieses Systems ist der Reflex, in seiner allgemeinsten Bedeutung aufgefasst, als eine Reaction auf einen von aussen einwirkenden Reiz. Selbst der eingefleischteste Dualist sträubt sich nicht, hier einfache physiche Gesetze walten zu lassen. Der Unterschied ist in der That auffallend zwischen dem wählenden, überlegenden, scheinbar spontanen einer psychischen Handlung, und dem blinden, unveränderlichen, mechanischen eines Reflexvorgangs. Wie complicirt, wie zweckmässig auch die höheren Reflexe eingerichtet sind, auf den Reiz a folgt stets dieselbe Reaction b, es gibt keine *Wahl*. Diese letzte Warheit sieht jeder ein. Inwieweit auch eine Wahl mechanisch, nur ein Glied in der unendlichen Kette von Ursache und Wirkung ist, will ich nicht entscheiden. Meine Ansicht ist nur die, den Nachdruck auf den grossen Unterschied zwischen Reflex- und intellectuellen Handlungen zu legen.

5) Wie das vorige System zeichnet sich der Reflexbogen pathologisch durch das Vorkommen von System-Erkrankungen aus. Die bekanntesten sind die Entzündungsprocesse in den motorischen Kernen des Rückenmarks und der Oblongata. Die Läsionen der letztgenannten Kerne geben das Bild der bekannten Glosso-pharyngo-labial-Paralyse von Duchenne. Auch ist es möglich, dass gewisse Formen multipler Neuritis auf einer Systemerkrankung beruhen, doch ist darüber noch wenig bekannt. Mit dem vorigen System combinirt ist der Reflexbogen afficirt bei der amyotrophischen Lateralsclerose.

Damit habe ich die Momente erörtert, die nach meiner Auffassung für die Umbildung des capitalen Endes des centralen Nervensystems in Oblongata und Hirnstamm angesprochen werden müssen:

Dies sind also:

1) der directe Einfluss des Intellectuoriums.
2) die Verbindung zwischen Intellectuorium und Reflexbogen,
3) die Differenzirung innerhalb des Reflexbogens.

An der Hand der oben entwickelten Theorien hatte ich mir vorgenommen, näher auf die Morphologie der Oblongata und des Hirnstammes beim Menschen und bei einigen höheren Säugethieren einzugehen.

Ich sah aber bald ein, dass dazu ein grösseres Präparatenmaterial erforderlich sein würde, als ich es jetzt besitzte, wenn ich mich nicht auf Allgemeinheiten beschränken wollte; ich habe also vorläufig davon abgesehen, um später gründlicher darauf einzugehen.

Auch bin ich mir bewusst, dass das hier gegebene kein Ganzes ist, da sich die Oblongata nicht gut von dem übrigen Nervensystem trennen lässt.

Die von mir aufgestellte Theorie ist in sofern eine primitive, als sie die Morphologie der Oblongata auf sehr complicirte Componenten zurückführt, die selbst noch der Erklärung bedürfen. Die Ursache dafür ist unsere begrenzte Kenntniss der Thatsachen. Unter den bekannten Thatsachen findet sich aber, soweit mir bekannt, keine, die im Gegensatz zu meiner Anschauung steht.

II. Original-Vereinsberichte.

I.

Bericht über die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Frankfurt a. M. am 16. und 17. September 1887.

Von Dr. Matusch in Sachsenberg.

(Schluss.)

522) **Schüle** (Illenau): *Ueber den Werth und die Zulässigkeit frühzeitiger Entlassung aus der Anstalt.*

Der Zeitpunkt der Entlassung sei dann eingetreten, wenn die Norm der geistigen und körperlichen Gesundheit erreicht sei, der ideale Massstab dafür sei die aus eigner Einsicht erfolgte Correctur der früheren krankhaften Verhältnisse. Bei gewissen Psychosen z. B. bei Stupor tritt indessen klare Erinnerung in der Genesung nicht ein, ebenso ist völlige Einsicht bei gewissen Psychosen auf originärer Basis nicht zu erwarten, die Entlassung des Kranken muss erfolgen, noch ehe das Postulat der Correctur erfüllt ist. Die wichtigsten Fälle aber sind die, bei welchen die völlige Genesung früher erreicht wird, wenn nach einer bestimmten Zeit Entlassung stattfindet. Die Entlassung stellt hier ein therapeutisches Mittel dar oder sie wird nothwendig, weil der weitere Aufenthalt in der Anstallt schadet. Vorausgesetzt ist dabei, dass der Entlassene ausserhalb der Austalt angemessene Verhältnisse vorfindet. Vortr. wendet sich zu den einzelnen Krankheitsformen, die vorzugsweise hier in Betracht kommen. Den

ersten Platz nimmt die Melancholie ein; „wird in der Reconvalescenz das Heimweh zu einer herrschenden Macht und bedingt es eine unüberwindbare Spannung, so schädigt es den Kranken geistig und körperlich und treibt ihn wie die „frühere Wahnidee zu Handlungen". Hier ist die Entlassung das einzige Mittel und der Kranke genest zu Hause. Nahrungsverweigerung im Reconvalescenzstadium kann gleichfalls Entlassung indiciren und das Benehmen des Kranken seinen besuchenden Verwandten gegenüber kann hier wichtige Fingerzeige geben.

Bei gewissen hysterischen und hypochondrischen Kranken, den „Philosophen des Schmerzes", denen „der Schmerz zu einer gesuchten List geworden ist", kann oft die stärkende Macht des Aussenlebens die langsame Verschlimmerung hintanhalten.

Reconvalescenten aus Manie, die über das Stadium einer beständigen Unzufriedenheit nicht hinausgedeihen, erlangen oft zu Hause die lange vermisste innere Sammlung.

In gleicher Weise sind es von den Paranoischen die Missvergnügten, Misstrauischen, stets Negativen, bei denen Versetzung in andere Umstände zuweilen überraschend gute Wirkung hat, die in der Anstalt mehr und mehr dem Blödsinn näher rücken, draussen aber zuweilen vor der Logik der Thatsachen ihre Wahnideen fallen lassen. Hallucinanten dürfen jedoch nicht hierzubezogen werden, weil sie unberechenbar sind.

Man sieht zuweilen Reconvalescenten aus acuter Paranoia in der Anstalt anhaltend auf halber Besserung stehen bleiben, bei Entlassung schnell genesen.

Gegenüber den chronischen secundären Zuständen, den trotzigen eigensinnigen, unthätigen leicht Schwachsinnigen, hat die Anstalt zwar die wichtige Aufgabe, durch die Mannigfaltigkeit ihrer Hilfsmittel den geistigen Untergang aufzuhalten, aber es giebt Fälle unter ihnen, gegen die sie machtlos ist und bei welchen die Entlassung aus der verhassten Anstalt wunderbar wirkt. Hier ist natürlich die sorgfältigste Individualisirung geboten und für sie ist die noch recht mangelhafte Fürsorge nach der Entlassung zu allererst am Platze.

Pelman (Grafenberg) erzählt den Fall eines hartnäckigen Nahrungsverweigerers, der als Todescanditat entlassen, zu Hause genas. Die Ansicht breche mehr und mehr durch, dass die Anstalt wesentlich die Genesung vorzubereiten habe.

523) **Grashey** (München): *Ueber Dienstberichte für Irrenanstalten.*

Die Nothwendigkeit, dass der Director und die Aerzte jederzeit über die Tagesaufgabe und den Aufenthalt der Wärter orientirt sind, hat dem Vortr. Anlass gegeben, in seiner Anstalt besondere Formulare für den täglichen Rapport des Oberwartepersonals zu entwerfen, die er der Versammlung demonstrirt.

524) **Pelman** (Grafenberg): *Ueber die Aufnahme von Trunksüchtigen in Irrenanstalten.*

Die Frage ziele im Wesentlichsten dahin, wie die Trunksüchtigen zu behandeln seien. Sie gehörten nicht in die Irrenanstalten, weil die mehr und mehr sichtbar werdende Neigung, den Geisteskranken

die grösst mögliche Freiheit zu verschaffen, für die Trunksüchtigen nicht passt, Vertrauen sei ihnen gegenüber gar nicht angebracht. Die bald sich einstellende Unzufriedenheit und der Vergleich mit den Kranken anderer Art mache die Trunksüchtigen ungeeignet zum Verbleib und sie werden häufig zu früh entlassen, weil sie sich bald geordnet zu benehmen wissen. Forensich wäre gegen die Aufnahme nichts einzuwenden, da es sich stets um eine abnorme Psyche handelt. Nun beständen zwar einzelne Asyle für Trinker, aber sie seien auf religiöser Basis errichtet und nehmen nicht unterschiedslos auf. Am hinderlichsten für ihre Zwecke sei indessen, dass sie nicht zu Zwang berechtigt seien, ohne den die Behandlung von Trinkern illusorisch sei. Sie müssten auch gegen ihren Willen in den Asylen gehalten werden können.

Grashey (München) ist der Ansicht, dass die Schwierigkeit besonders in der Unmöglichkeit läge, ein den Trinker in die Irrenanstalt dirigirendes Attest zu beschaffen. Dem praktischen Arzte müsse mehr klar gemacht werden, dass Trunksucht schon eine Geisteskrankheit sei.

Binswanger (Jena) theilt einen Fall mit, in dem ein Trinker sich freiwillig zwei Monate in der Irrenanstalt aufhielt, dann entwich und Klage wegen Freiheitsberaubung — allerdings ohne Erfolg — anstrengte. Jeden Trinker für geisteskrank zu erachten sei von practischem Standpunkte unthunlich, wenn auch von wissenschaftlichem gerechtfertigt. Der Richter würde von der Geisteskrankheit nicht immer überzeugt werden können. Es müssten Asyle mit ausweisenden Vollmachten errichtet werden.

Jehn (Merzig) weist auf die neulichen Verhandlungen in Frankreich über die Unterbringung der Trinker hin.

Paetz (Alt-Scherbitz) schlägt eine Anfrage bei dem Ministerium vor, wie weit die Berechtigung der Anstalten in der Trinkerfrage gehe.

Pelman erwidert, dass er besonders die chronischen Alcoholisten, die mit gutem Gewissen für krank zu erklären sind, im Auge gehabt habe, deren Verbleib in der Anstalt aus practischen Gründen nicht thunlich sei. Wie schwierig ihre Unterbringung überhaupt sei, beweisen die Verhältnisse in England. Die Aufnahme sei zwar in das Belieben des Kranken gestellt, aber damit habe er sich verpflichtet und die Anstalt für bestimmte Zeit zu Zwang berechtigt. Er könne diesen Modus weder für moralisch noch für gesetzlich halten, denn leicht gelangt ein Trinker in die momentan deprimirte Stimmung die ihn zum Eingehen des Contractes veranlasse.

Stark (Stephansfeld) verspricht sich überhaupt von allen Abstinenzcuren wenig dauernder Erfolg.

v. Ehrenwall (Ahrweiler) weist auf die Einrichtung der s. g. freiwilligen Pensionäre in den Anstalten hin, die die Möglichkeit an die Hand gebe, Trinker aufzunehmen, wenn ein Arzt bescheinigt, dass die Aufnahme heilsam sei. Die Geisteskrankheit in Fällen von Trunksucht auszusprechen, dürfe man den Aerzten nicht zumuthen.

Grashey (München) fragt, mit welchem Rechte den Trinkerasylen die erforderlichen Vollmachten einzuräumen seien, es könne sich nur um Geisteskranke oder nicht Geisteskranke handeln.

Nasse (Bonn): Das Thema der Internirung der Trinker ist öfter behandelt worden und man hat sich zu der Definition geeinigt, dass der Trinker eine Person sei, die durch Trunk ausser Stand gesetzt sei, ihren eignen Angelegenheiten vorzustehen. Es ist seiner Zeit ein Bericht über diese und andere die Trinker betreffenden Fragen, den Behörden eingereicht worden und seitens des Vereines gegen den Missbrauch geistiger Getränke ist beabsichtigt, vom Reichstage ein Gesetz zu erwirken, das die Anstalten zur Zwangsheilung der Trinker ermächtigt und ihre Entmündigungsmöglichkeit ausspricht.

Binswangr (Jena): Wenn es gestattet ist, Personen in Correctionshäuser zu stecken und gegen Arbeitsscheue mit Zwang vorzugehen, warum sollte nicht gleiches auf die Trinker Anwendung finden?

Pelman erwidert gegen v. Ehrenwall, dass gegen die freiwillige Pensionäre nicht mit dem Zwange vorgegangen werden dürfe, den die Trinker nöthig hätten.

Nasse stellt folgenden Antrag, den die Versammlung genehmigt:

„Der Verein der deutschen Irrenärzte schliesst sich den Bestrebungen des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke in der Richtung ausdrücklich an, dass der demnächst zu erwartende Antrag des gedachten Vereines auf reichsgesetzliche Herbeiführung von Massnahmen zur Bestrafung des öffentlichen Trunkes zur Möglichkeit der Entmündigung von Gewohnheitstrinkern und zur Zwangsheilung derselben Trinkerasyle von ihm unterstützt werden solle und beauftragt den Vorstand mit der sachgemässen Ausführung des vorstehenden Antrages".

525) **Lähr** (Schweizerhof): *Die Annahme der Gesetzgebung, dass durch die Aufnahme in Irrenanstalten eine ungerechtfertigte Freiheitsberaubung veranlasst oder erhalten werden könne; wird durch die Erfahrung nicht bestätigt.*

Die bei allen öffentlichen und privaten Anstalten angestellte Enquête darüber, ob ihnen aus eigner Erfahrung oder in der Literatur begründete hierhergehörige Fälle bekannt geworden seien, erzielte 102 verneinende Antworten. Der Paragraph der Gesetzgebung, der die widerrechtliche Aufnahme oder Zurückhaltung Gesunder in der Irrenanstalt behandele, sei unnöthig und sein Wegfall für die Irrenärzte eine berechtigte Forderung. Die oft gewünschte gerichtliche Exploration jedes Kranken, die die Anstalt von jedem Schein freimachen würde, sei praktisch wegen der entstehenden Arbeit und der Kosten unausführbar. Fehler in der Diagnose und dadurch ermöglichte Aufnahme Geistesgesunder in die Anstalt könne die Gesetzgebung nicht verhindern.

Pelman (Grafenberg) wendet dagegen ein, dass der Gesetzgebung immerhin zugestanden werden müsse, sich mit Vorsichtsmassregeln gegen die Möglichkeit der ungesetzlichen Aufnahme zu umgeben.

Was erzielt werden müsse, sei das Fortfallen aller gesetzlichen Bestimmungen, die die Aufnahme von Kranken und ihre Behandlung erschweren.

Meschede (Königsberg) sieht in dem Paragraphen grade einen Schutz für die Anstalten gegen den Verdacht widerrechtlicher Internirung.

Obersteiner (Wien): In Oesterreich könne wohl ungerechtfertigte Aufnahme vorkommen, nicht aber Zurückhaltung. Das werde durch laufende Berichte an den Staatsanwalt und durch Revisionen verhütet.

v. Ludwiger (Plagwitz) macht darauf aufmerksam, dass die geforderte Entmündung neben den erwähnten Unzuträglichkeiten auch den Nachtheil habe, dem Kranken möglicher Weise zu schaden.

Lähr: Der Zweck seines Vortrages sei nicht so sehr der gewesen, eine Aenderung des Passus zu erwirken, als den Juristen eine technische Grundlage dafür zu geben, dass die Besorgniss der Freiheitsberaubung durch Anstalten thatsächlich unbegründet sei.

II.

Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887.

Von Dr. L. Goldstein in Aachen.

(Fortsetzung.)

I. Section für Neurologie und Psychiatrie.

2. Tag. Vorsitzender Herr Meynert (Wien).

526) Auf Vorschlag von Jehn (Merzig) trägt zunächst **Guye** (Amsterdam): *Ueber Aprosexia, die Unfähigkeit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, als Folge von nasalen Störungen*, vor. (Derselbe Vortrag wurde in der Section für *Otiatrie* gehalten.)

Schon beim acuten Schnupfen ist das Denken gestört; es besteht Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerz. Bei chronischem Verstopftsein der Nase ist dies in erhöhtem Masse der Fall. Ein 7jähriger Knabe z. B. konnte in der Schule während eines Jahres nicht mehr als die drei ersten Buchstaben des Alphabets lernen. Vortrag. fand bei ihm Unwegsamkeit des Nasenrachenraums und nachdem er die dort befindlichen adenoïden Geschwülste entfernt hatte, erlernte der Knabe in einer Woche das ganze Alphabet. Derartige Fälle führt Vortrag. mehrere an. B., 20 Jahre alt, litt seit seinem 12. Jahre an Sausen im rechten Ohre; im März dieses Jahres bemerkte er jeden Abend Unfähigkeit zum Arbeiten, Schwindelgefühl. Er vergass sofort alles Gelernte. Vortrag. fand einen chronischen Nasencatarrh, Schwellung der unteren Muschel etc. Nach entsprechender Behandlung (Einspritzungen in die Nase) bekam er die Fähigkeit zu lernen wieder, Schwindel und Kopfschmerz verlor sich. Aehnlich verhielt es sich bei einem 23jährigen stud. med., welcher nach Entfernung adenoïder Geschwülste von der Unfähigkeit, seine Aufmerk-

samkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken, von seinem Schwindel und seinen Kopfschmerzen geheilt wurde. Die Aprosexia ist eine Ermüdungs-Erscheinung, und ähnlich wie Bastian behauptet, dass wir in einem gewissen Alter alle an Aphasie leiden, kann man auch den Satz aufstellen, dass wir alle nach Ueberanstrengung des Gehirns an Aprosexia leiden.

Der Vortrag. erinnert darann, dass als materieller Grund der Ermüdung eine Erschöpfung angenommen werden muss, die dadurch zu Stande kommt, dass Stoffwechselprodukte ungenügend entfernt werden. Durch Druck in der Nasenschleimhaut werde der Lymphabfluss aus dem Gehirn gehemmt, wobei auf die von Axel Key u. Retzius nachgewiesenen Lymphbahnen, welche die subduralen Lymphräume mit der Nasenschleimhaut in Verbindung bringen, hingewiesen werden müsse.

Die Aprosexia gehört mit zu den Hauptsymptomen der Ueberbürdung in den Schulen. Nach der Erfahrung des Vortrag. bildet eine Störung der nasalen Athmung in den meisten Fällen die Disposition bei dieser Aprosoxia scholaris; er legt es den Pädagogen an's Herz, auf die Form des Athmens der Schüler zu achten. In sehr vielen Fällen wird sich herausstellen, dass zurückgebliebene Schüler Nachts mit offenem Munde athmen. Dasselbe gilt von dem Kopfschmerz.

Nachdem Vortrag. schliesslich von einem Schüler berichtet, der nach wiederhergestellter nasaler Athmung auch die Mathematik lernen konnte, was ihm vorher unmöglich war, betont er die Möglichkeit einer Aufstellung von Unterabtheilungen, wie Aprosexia mathematica historica etc.

Discussion: Jehn (Merzig) betont, dass zur Creirung eines neuen Namens eine präcisere Beschreibung des Symptomencomplexes gehöre. Das vom Vortrag. geschilderte decke sich mit Kahlbaum's und Hecker's hebephrenischen Zuständen, die namentlich in der juvenilen Periode durch Hemmung bedingt seien.

Arndt (Greifswald) erzählt einen Fall, wo bei einer Dame, die an einer Psychose litt, letztere sowie der Kopfschmerz nach Behandlung des chronischen Nasencatarrhs schwanden. Er weist darauf hin, dass viele Menschen beim Schnupfen schon nicht so gewandt sprechen, wie sonst, dass ihnen die Projection nach aussen fehlt. Das zeige sich noch mehr bei Leuten, die an chronischem Schnupfen leiden zur Zeit, wenn derselbe exacerbirt. Die Gedanken sind dann wie eingemauert.

Tuczeck (Marburg) glaubt, dass das Hauptgewicht auf den psychischen Zustand zu legen sei. Man werde erinnert an Zwangsvorstellungen, hervorgerufen durch Kopfschmerzen, Schmerzen in der Nase, durch Vorgänge in den Sexualapparaten. Diese Zwangsvorstellungen hemmen den regelmässigen Ablauf der Vorstellungen. Besonders leidet der geistige Zustand durch diese Hemmungen in der Pubertätszeit.

Meschede (Königsberg) ist für den Namen Aprosexia und erzählt ähnliche Fälle wie Vortrag.

Klenke (Dresden) erzählt einen Fall, wo umgekehrt nach Ausbrennen der Nase Irrsinn aufgetreten sei.

Jehn fragt, ob die betr. Individuen, von denen Vortrag. berichtet, von lymphatischer Constitution gewesen seien?

Guye gibt zu, dass eine Operation in der Nase unter Umständen eine gefährliche Sache sein kann. Es gibt Fälle, wo man mit der grössten Vorsicht zu Werke gehen muss. Auf Jehn's Frage erwidert er, dass allerdings die meisten Kinder scrophulös waren. Hauptsächlich komme es ihm nur darauf an, dass für die geschilderten Zustände auch von den Psychiatern der Name Aprosexia (von *προσέχειν τὸν νοῦν* hergeleitet) eingeführt würde. —

527) **A. Eulenburg** (Berlin): *Ueber Spannungsströme.*

Vortrag. verzichtet darauf, eine historische Einleitung zu geben. Die von ihm angewandten Apparate befinden sich in der Ausstellung und sind von W. A. Hirschmann in Berlin angefertigt. Vortrag. benutzte eine grosse selbsterregende (Voss'sche) Influenzmaschine.

Hinsichtlich der *therapeutischen* Wirksamkeit der Spannungselectricität theilt Vortrag. Folgendes mit: Er hat bis jetzt 74 poliklinische Fälle mit dieser Methode behandelt, darunter Fälle mit schweren Neurosen, die vorher schon längere Zeit hindurch anderweitig behandelt waren. Von diesen 74 wurden 6 geheilt, 33 gebessert, bei 35 wurde von dieser Behandlung Abstand genommen und zu anderer Art electrischer Behandlungsweise geschritten. Unter den Behandelten waren Neurasthenische (mit Kopfsymptomen), Fälle von Hemicranie, Schlaflosigkeit, Hysterie, Paralysis agitans, Chorea, Morb. Basedowii, Neuritis, Neuralgien, Ischias, Facialislähmung, Muskelatrophie, Nervenlähmungen etc. Im allgemeinen erzielte Vortrag. die günstigsten Resultate bei Neurasthenie mit Kopfsymptomen durch Anwendung der Glocke oder Kopfplatte. Gewöhnlich zwar vertragen, wie Stein angibt, die Neurasthenischen wegen der excitirenden Nachwirkung die Spannungselectricität nicht gut. Bei der sog. angyospast. Form der Migräne, bei Trigeminus- und Occipitalneuralgie, bei Intercostalneuralgie und Ischias hat Vortrag. ganz gute Erfolge zu verzeichnen. Hingegen sah er bei Lähmungen keinen grossen Effekt. Electrodiagnostisch ist die Spannungselectricität nicht sonderlich zu verwerthen, weil stets ein paralleles Verhalten mit der faradischen Reaction zu constatiren ist. Immerhin glaubt Vortrag., dass diese Form der Electrisirung dauernden Werth erhalten wird.

Discussion: Stein (Frankfurt a. M.) weist auf die Wirksamkeit der Spannungselectricität hin, die sie durch Erzeugung von Ozon hervorruft.

Haupt (Tharandt) erzählt, dass Fälle von schwerer Hemicranie, die erfolglos nach anderer Methode behandelt waren, nach kurz dauernder Einwirkung der Spannungselectricität vollständig geheilt wurden. Er mahnt zur Vorsicht bei der ersten Anwendung namentlich bei Neurasthenikern und hysterischen Damen.

Mund (Dresden) macht auf die mechanische Wirkung der Sp. E. aufmerksam und hebt den Unterschied der *allgemeinen* und *localen* Behandlung hervor.

528) **Meynert** (Wien): *Ueber Diagnose frühzeitiger Schädelsynostosen am Lebenden.*

Vortrag. wendet keine complicirten Messungsmethoden an, die alte Welker'sche Methode genügt ihm. Die halbseitige Kronnahtverschliessung lässt sich bestimmen. Die Palpation giebt hier Aufschluss, da sich eine compensatorische Wölbung an der gesunden Stirnseite gestaltet. Die Oxycephalie, bedingt durch seitliche Nahtverschliessung der Kronnaht mit Synostose der hinteren Pfeilnaht combinirt, ist in ihren extremen pathologischen Formen immer nur innerhalb gewisser ethnographischer Grenzen zu bestimmen.

Vier Punkte sind es, die bei der Bestimmung der Oxycephalie zu beachten sind. 1) Das Schädelumfangsmaass, welches gewöhnlich etwa 490—475 Mm. beträgt, wird selten erreicht. Nur einmal bei einem sehr grossen Manne hat es Vortrag. vollständig gefunden. 2) Wenn wir bei einer Anzahl normaler Schädel den Breiten- und Höhenindex ablesen, so ist der Breitenindex grösser als der Höhenindex, bei der Oxycephalie ist der letztere grösser. 3) Der Höhenindex eines Oxycephalen kommt der Zahl nach immer gleich dem Ausdruck einer starken Brachycephalie. 4) Die Verkürzung des Schädels hat eine Verkürzung der Orbita zur Folge. Es kommt das zu Stande, was mas man „flachaugig" genannt hat.

Die zweite Form, welche wir bestimmen können, ist die synostotische Dolychocephalie. 1) Hier steht das Umfangsmaass des Schädels über der Norm. 2) Unterscheidet sich der dolychocephale Schädel von dem normalen dadurch, dass der Höhenindex grösser als der Breitenindex ist. Der Unterschied vom Oxycephalen liegt darin, dass der Index der Höhe für sich betrachtet nicht bedeutend ist. 3) Wissen wir, dass wenn die Pfeilnaht frühzeitig geschlossen ist, die Compensation dadurch erreicht wird, dass der Schädel sich ausserordentlich verlängert. Daran nimmt auch die Orbita Theil und es kommt ganz im Gegensatze zum Oxycephalen das zu Stande, was man „tiefaugig" genannt hat.

Die Verschliessung der hinteren Pfeilnaht gibt jene Form der Hochschädel, welche von Virchow Sphenocephalie benannt ist. Dieser Schädel ist sehr leicht zu verwechseln mit dem Oxycephalenschädel. Aber wenn ein Hochschädel „tiefaugig" ist, können wir die Sphenocephalie erkennen.

Discussion: Binswanger (Jena) findet den Rieger'schen Apparat zur Schädelmessung in seiner neuen Vervollkommnung ausserordentlich einfach.

Arndt (Greifswald): Viele anscheinend abnorme Schädel sind als normal anzusehen, wenn sie einem Volksstamm angehören, bei dem sich die betreffende Schädelform eingebürgert hat. Als Beispiel dient das cranium progenaeum (Ludw. Meyer). Dasselbe ist bei den Angelsachsen z. B. typisch.

II. Aus der Section für innere Medicin.

529) **Benedict** (Wien): *Ueber zwei eigenthümliche Krampfformen.*

Die erste Krampfform besteht darin, dass es Patienten in der Reconvalescenz von myelitscher Paraplegie gibt, die wohl gehen aber nicht stehen können. Den ersten derartigen Fall beobachtete Vortrag. vor 20 Jahren, den 2. in letzter Zeit. Es handelt sich dabei um einen Pro und Retro-Pulsions-Krampf beim Stehen. So wie die Kranken zu stehen versuchten, wurden sie einige Schritte nach vorwärts getrieben, um dann ebensoweit von der Ruhestellung nach rückwärts getrieben zu werden. Der erste Fall betraf eine Reconvalescentin nach einer schweren syph. Myelitis, im zweiten war sclérose en plaques wahrscheinlich. In der Reconvalescenz einer subacut aufgetretenen Myelitis entwickelte sich dieser Krampf, der nach Art eines statischen Krampfes sich gestaltet und den Vortrag. als sagittalen Pendel-Krampf bezeichnen möchte. Die Patienten pendeln eben in sagittaler Richtung beim Versuche zu stehen. —

Die zweite Krampfform tritt auf in der Reconvalescenz nach Hemiplegie, eine Form die Vortrag. als „Triller-Krampf" bezeichnen möchte. Der kranke Fuss wird nämlich nicht in einem Tempo nach vorwärts bewegt, sondern der Kranke macht stossweise mehrere Schritte; jedem einzelnen Stoss nach vorwärts folgt ein kleiner Rückstoss, zu vergleichen manchen Formen des Stotterns. Diese Zustände gehören offenbar in die Gruppe der Chorea posthemiplegica und Athetosis.

In der *Discussion* theilt Bäumler (Freiburg) einen Fall mit, wo ähnlich wie bei der erst beschriebenen Form ein hysterisches Mädchen drei oder vier Schritte vorwärts und wieder zurück machte. Es beruhte dies aber auf Angewöhnung, denn es gelang nach einiger Zeit dem Mädchen diese Anomalie wieder abzugewöhnen. —

III. Aus der Section für Chirurgie.

(Nach dem Tageblatt.)

530) **Witzel** (Bonn): *Ueber die Neurosen der Amputationsstümpfe.*

W. hatte Gelegenheit, in der Bonner Klinik 3 Fälle von Amputationsneurose von 14tägiger und $^1/_2$—1 jähriger Dauer zu beobachten: in jedem derselben waren die Nervenenden in derbes Narbengewebe eingeklemmt und dem Knochen adhärent. Die schmerzhafte Erkrankung der Amputationsstümpfe wird später continuirlich; als anatom. Substrat wurde in beiden Fällen eine Neuritis ascendens nachgewiesen.

531) **Lossen** (Heidelberg): *Ueber Neurectomie.*

Redner berichtet über einen Fall von hartnäckiger Neuralgie des rechten Trigeminus, welche nicht nur zur Resection sämmtlicher zugänglicher Aeste des Nervus V führte, sondern auch zu Recidivoperationen am Mandibularis und Infraorbitalis. Bei Gelegenheit der ersten Recidivoperation fand sich an der Stelle des früher aufgemeisselten Unterkieferkanals ein *echtes Neurom* von $^1/_2$ Ctm. Querschnitt. Der Kranke leidet heute nur noch bei Witterungswechsel an leichten zuckenden Schmerzen.

Grisson (Rostock) betont, dass es wünschenswerth sei, über Operationsresultate von Neurectomien des II. und III. Trigeminusastes an der Schädelbasis eingehendere Berichte zu erhalten.

Bei 5 Operationen an 3 Patienten wurde Heilung erzielt. Er empfiehlt *zweizeitige Operation*, weil in der Zwischenzeit 1) Prüfung möglich ist, ob man den Nerv richtig durchschnitten, 2) im Falle einer Neuralgie in anderen Stämmen eine Complication erkannt und weitere Operationen angeschlossen werden können.

(Schluss folgt.)

III. Referate und Kritiken.

532) **Sigaud** (Lyon): Note sur un cas d'amnésie verbale visuelle, (avec autopsie). (Ein Fall von Wortblindheit mit Sectionsbefund.)

(Progrès médical 1887 Nro. 36.)

Frl. L. A. 77 Jahre alt, deren Antecedentien nichts Besonderes darbieten, erkrankte 69 Jahre alt an Pneumonie. Vor $2^1/_2$ Jahren zweite Pneumonie, in deren Verlauf nach 4 Tagen sie plötzlich die Sprache verlor; daneben Ameisenkriechen in den Gliedern, keine Hemiplegie. Die Sprachstörung verschwand nach und nach, nur die Zeichen der Aphasie blieben bestehen. Bei der Aufnahme fand sich rechtsseitige Ptosis und ein leichter Grad von Nystagmus rechts, Zittern der Zunge beim Sprechen. Eine genauere Untersuchung ergab eine leichte Behinderung in der Articulation: ferner konnte Pat. ein geschriebenes oder gedrucktes Wort copiren, aber nicht ohne Anstrengung und nicht ohne sich streng an die Vorschrift zu halten. Zuweilen gelingt es ihr, ein vorgesagtes Wort zu schreiben, vorausgesetzt, dass dasselbe kurz ist, wie „Paris" „Darus". Sobald es jedoch etwas länger oder complicirt ist, geräth die Kranke in Unruhe und ist unfähig zum Schreiben. Pat. kann nach Ansicht des Verf. die zur Bildung eines Wortes nöthigen Buchstaben im Geiste nicht zusammenfügen, sich somit das betreffende Wort nicht im Geiste vorstellen, eine Operation, die zum Schreiben desselben nothwendig ist; es handelt sich auch in diesem Falle nicht um eine Agraphie sondern um eine Amnésie verbale visuelle. Verf. trennt den letzteren Zustand von der reinen cécité verbale, bei welcher die Erinnerung an die Wortbilder völlig vernichtet ist, so dass selbst der Anblick der geschriebenen Worte die Bilder nicht wieder hervorrufen kann, während bei der Amnésie verbale visuelle die aus dem Gedächtniss entschwundenen Wortbilder durch den Anblick der geschriebenen Worte wieder in die Erinnerung zurückgerufen werden können.

Die Kranke ging an der Operation eines ausgebreiteten Nasenepithelioms zu Grunde. Bei der Section fand sich ein Erweichungsherd von der Grösse einer kleinen Wallnuss im linken unteren Scheitelläppchen, der auch den Gyrus angularis in Mitleidenschaft zog und sich bis dicht unter die Oberfläche der Hirnrinde erstreckte, die an dieser Stelle stark geschwunden war. Der Befund entsprach der

intra vitam gestellten Diagnose und bestätigt die Beobachtungen anderer Autoren, die das Centrum der Worterinnerungsbilder in den hinteren Theil des unteren Scheitelläppchens verlegen. In Beziehung zur rechtsseitigen Ptosis steht der Herd im Gyrus angularis, der von einzelnen Autoren als der wahre Ursprung des Nervus oculomotorius angesehen wird. Holtermann (Sachsenberg).

---

233) **Charcot** (Paris): Pachyméningite cervicale hypertrophique. (Hypertrophische cervicale Pachymeningitis.) (Gaz. des Hôp 1887 Nro. 108.)

Das erste Stadium der vorstehenden Krankheit, deren Wesen in einer Vedickung der Pars cervicalis der Dura mater in Folge chronischer Entzündung besteht, kennzeichnen neben dem peinlichen die Brust zusammenschnürenden Gefühle, heftige Schmerzen im Nacken, Rücken, in den Schultern und Armen. Sie sind abzuleiten von dem Drucke, welchen die in der genannten Weise veränderte Dura auf die sie durchziehenden Nervenäste ausübt, resp. von der dadurch hervorgerufenen Entzündung und hören nach einer Dauer von 5—6 Monaten auf.

Damit beginnt das zweite Stadium, welches sich durch Paralyse der oberen Extremitäten, und Atrophie der Muskeln derselben kund gibt.

Geht der Prozess in das dritte Stadium über, was jedoch nicht immer der Fall zu sein pflegt, da oft vorher Restitutio in integrum eintritt, so beobachtet man als hauptsächlichste Merkmale spastische Paraplegie, erhöhte Sehnenreflexe sowie permanente Flexion der unteren Extremitäten, die einen solchen Grad erreicht, dass die Fersen die Nates berühren.

Längerer Aufenthalt an feuchten Orten gilt als ursächliches Moment dieser Pachymeningitisform, die, wie der chronische Rheumatismus, ein Morbus a frigore nur eine der Manifestationen desselben zu sein scheint und die, selbst in weit vorgeschrittenen Fällen, oft noch in Genesung übergeht.

Dies geschieht jedoch nur nach chirurgischem Einschreiten da, wo sich ausser organischer Verkürzung der Sehnen der Flexoren fibröse Stränge gebildet haben.

Warum es hierzu in dem einen Falle kommt, in dem anderen nicht, entzieht sich unserer Kenntniss.

Nur so viel steht fest, dass jene Vorgänge bei der hysterischen Contractur ein so seltenes Vorkommniss sind, dass Verf. lange Zeit daran gezweifelt hat. Pauli (Köln).

---

534) **Angel Money** (London): Will the knee jerk divide typhoid fever from Meningitis? (Kann das Kniephenomen als Unterscheidungszeichen zwischen Typhus und Meningitis dienen?)
(The Lancet. 21. Mai 1887.)

Die von Hughlings Jackson hingestellte Behauptung, welcher zufolge das Kniephenomen beim Typhus niemals, immer da-

gegen bei der Meningitis tuberculosa fehle, widerlegt M., nachdem dies schon vor ihm Duckworth gethan, mit dem Hinweise, dass er keinen Fall von Typhus und tuberculöser Menigitis beobachtet habe, wo jenes Phänomen nicht vorhanden gewesen sei. Pauli (Köln).

535) **J. G. Edgren:** Om den primära, progressiva myopatin, dess scapulohumerala typ jämte en öfversigt af beslägtade Kliniska former. 4 photolithogr. Tafeln. (Primäre progressive Myopathie und ihr scapulo-humeraler Typus.) (Nordiskt Medicinskt Arkiv. XIX. Heft 1.)

Es gibt nach neueren Untersuchungen eine idiopathische progressive Myopathie, bei ganz intactem Nervensystem. Die verschiedenen klinischen Formen derselben lassen sich in zwei Gruppen eintheilen; bei der einen fehlt jedes aetiologische Moment, bei der anderen handelt es sich stets um hereditäre Zustände. Die erste Gruppe umfasst den „type scapulo-humeral" von Landouzy und Dejerine, und ist fast identisch mit der von Erb aufgestellten juvenilen Form. Die zweite Gruppe umfasst den „type facio-scapulo-humerale" (Landouzy und Dejerine), die hereditäre Form (Leyden) und die Pseudohypertrophie. E. giebt für die erste Gruppe eine Zusammenstellung von 20 Fällen, 18 davon sind früher (von Erb, Marie, Duchenne, Friedreich, Landouzy etc.) publicirt, die beiden ersten eigene Beobachtungen.

1) 28 jähriger Schneider; mit 16 Jahren Schwäche der Oberschenkelmuskeln. Untersucht Juli 1885; gute Constitution, erhebliche Abmagerung. Mehr oder weniger atrophisch sind: Mm. pectorales maj. beiderseits, cucullaris beiderseits, latissimi dorsi hochgradig, serrati ant. major; rhomboidei; supra- und infraspinati, extens. dorsi commun.; bicip. brachii; brachial. intern. hochgradig, tricipites weniger; supinatores longi; obliqui und transversi abdom. hochgradig; alle glutaei, besonders die max.; alle Muskeln des Oberschenkels mehr oder weniger. Normal waren Gesichts-, Zungen- und Schlundmuskeln, Unterarm- und Handmuskeln, (ausgen. supin. l.) Deltoides, Unterschenkel und Fussmuskeln. Atrophische Muskeln hart, fibrös; keine fibrillären Zuckungen; Reflexe und Sensibilität ganz intact. Faradische und galvanische Erregbarkeit herabgesetzt; keine Entartungsreaction.

2) 26 jähriger Schuhmacher. Seit 4 Jahren Schwäche in der linken Schulter, allmähliches Erkranken der rechten Schulter und beider Oberarme. Januar 1886 sind folgende Muskeln atrophisch (bilateral): Mm. pectorales stark, cucullaris am unteren Theil; latiss. dorsi, serrati ant. majores ganz verschwunden; rhomboid; (links mehr als rechts); bicipites brachiales intern. stark angegriffen, tricipites etwas weniger, supin. long. bedeutend; Adductoren des Oberschenkels ganz atrophisch.

Ganz normal sind: Gesichts-, Unterarm- und Handmuskeln, die mm. levator. scapul., deltoidei, coracobrachiales; Bauch- und lange Rückenmuskeln, Muskulatur der Unterschenkel und Füsse.

Niemals Schmerzen oder fibrilläre Zuckungen, Reflexe und Sensibilität intact. Galvanische und faradische Erregbarkeit herabgesetzt, keine Entartungsreaction.

Im Verlauf einer 10 monatlichen Beobachtung zeigte sich ein weiteres Fortschreiten der Atrophie auf die Schulterblattmuskulatur. E. will seine beiden und die übrigen 18 mitgetheilten Fälle der juvenilen Form Erb's zugerechnet wissen.

Schliesslich giebt er noch eine Uebersicht über die zweite von ihm aufgestellte Gruppe, und betont die vielen Analogieen zwischen den Formen dieser und seiner ersten Gruppe. Er stellt in 16 Sätzen die allen Formen gemeinsamen Characterzüge zusammen, legt besonderes Gewicht auf den häufig geführten Nachweis von Uebergangsformen zwischen den verschiedenen Categorieen.

Kurella (Owinsk).

---

536) **R. Bruzelius:** Om multipel nevrit. (Ueber multiple Neuritis.) (**Nordiskt Medicinskt Arkiv. XIX. Heft 1.**)

Seit der Darstellung der multipeln Neuritis durch Leyden ist diese Krankheit neuerdings häufiger beobachtet worden. B. theilt zwei Fälle eigener Beobachtung mit, von denen besonders der erste eine eingehendere Besprechung verdient. Ein 17 jähriges Dienstmädchen, die sehr schwer hatte arbeiten müssen, oft kaum 4 Stunden schlafen durfte, erkrankte zu Anfang Mai v. J. Anfangs bestanden nur unbestimmte Initialsymptome, darunter Schwindel und Kopfschmerz; Mitte Mai trat plötzlich Fieber mit Schweiss und Kälteschauern auf; am 10. Krankheitstage Paraesthesieen, Anaesthesie und Parese beider Beine und der drei Finger an der Ulnarseite beider Hände; am 16. Krankheitstage Paralyse des l. Facialis, am Tage darauf beider Beine. In den nächsten Tagen Zunahme der Lähmung, Ausdehnung auf beide Faciales, die Muskeln des Halses, Rumpfes und beider Extremitäten; Sprechen und Schlucken war sehr erschwert, gleichzeitig stellte sich Anaesthesie der Haut am ganzen Körper ein. Ohrensausen, heftige anhaltende Schmerzen in Armen und Beinen, keine Krämpfe oder Contracturen; Blase und Rectum frei. Anhaltendes Fieber, 40^0 am 24. Krankheitstage. Von da an allmähliche Besserung, besonders der Sensibilität; jedoch sind die wieder empfindenden Hautpartien hyperaesthisch. Am 42. Krankheitstage Aufnahme in's Hospital. Totale Paralyse aller Gesichtszweige beider Faciales, erhebliche Parese der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, die, wie die Nervenstämme, auf Druck mit Schmerz reagiren; Haut- und Sehnenreflexe verschwunden. Handmuskulatur atrophisch; complete Entartungsreaction im Gesicht, partielle an den Extremitäten Urin etwas eiweisshaltig; kein Fieber. Rapide Besserung, die Sensibilität kehrt schneller zurück als die Muskelaction; Mitte Juli kehren die Reflexe allmählich wieder, eine Woche später auch die Patellarreflexe; an demselben Tage kann die Kranke einige Schritte gehen, acht Tage später kann sie alle willkürlichen Bewegungen mit ausreichender Kraft ausführen und wird aus der Behandlung entlassen.

Die weite Ausdehnung der Lähmungerscheinungen legte ja zunächst den Gedanken eines cerebralen Ursprungs der Erscheinungen nahe; dagegen sprach aber die Entartungsreaction, und die Sensibilitätsstörungen erlaubten auch nicht die Annahme einer Vorderhorn-Läsion.

B. vergleicht sehr ausführlich diesen Fall mit den bisher beschriebenen und weist die Uebereinstimmung in den Hauptsymptomen nach. In einem zweiten, von B. vor 10 Jahren beobachteten Falle fing die Krankheit mit Paraesthesien und Paresen an, schritt dann zu Lähmungen und Schmerzen in den befallenen Theilen, zu Erlöschen der Hautreflexe, Entartungsreaction, Muskelatrophie und Anaesthesieen, die Krankheit dauerte über 4 Monate. Kurella (Owinsk).

---

537) **Potain** (Paris): Un cas de sclérodactylie. (Ein Fall von Sclerodactylie.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 90.)

Die Sclerodactylie, eine Abart der Sclerodermie, kennzeichnet sich dadurch, dass des Morgens beim Erwachen des Kranken dessen Finger beider Hände ohne nachweisbare Ursache plötzlich kalt, livid und gefühllos werden, ein Zustand der gewöhnlich einige Minuten andauert und der, täglich zur selben Zeit wiederkehrend, nach einigen Monaten in leichteren Fällen wieder verschwindet.

In schweren Fällen greift dieser Prozess auf beide Hände und selbst den Vorderarm über in der Art, dass neben den erwähnten Veränderungen sich complete Anaesthesie, Gefühl von Ameisenkriechen und Schmerzen in den ergriffenen Partien, zuweilen nach vorausgegangener Röthung derselben, einstellen und mehrere Stunden persistiren, ein Zustand, welcher nach Verlauf von Wochen oder Monaten in denjenigen ausarten kann, den M. Raynaud als symmetrische Gangrän der Extremitäten bezeichnet hat.

Statt derselben beobachtet man zuweilen Geschwüre, welche unter Zurücklassung linearer Narben wieder verheilen.

Obgleich sich die Gewebsveränderungen bei der Sclerodermie ganz ebenso wie bei der Sclerodactylie verhalten, so entsteht doch diese nie aus jener, befällt immer nur die oberen Extremitäten und später auch wohl die unteren und schreitet unaufhörlich, zeitweise besonders rasch, weiter vor.

Rheumatische Diathese und gewisse ihrem Wesen nach unbekannte nervöse Einflüsse scheinen die determinirenden Ursachen der in Rede stehenden meist unheilbaren Krankheit zu sein, welche mit Störungen des vasomotorischen Nervensystems einhergeht.

Ein mitgetheilter Fall illustrirt vorstehende Angaben.

Pauli (Köln).

---

538) **Joal** (Mont-Dore): Le vertige nasal. (Der Nasenschwindel.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 86.)

Der Nasenschwinael ist die Consequenz einer Reizung der die Schleimhaut der Nase innervirenden Fäden des Nerv. Trigeminus, welche sich durch die Vermittlung des Ganglion spheno-palatin. auf die vasomotorischen Nerven überträgt und circumscripte Anaemie des Gehirns resp. Vertigo bedingt.

Theils üben diesen Effect starke Gerüche, reizende Dämpfe, Schnupftabak, frisches Heu dadurch aus, dass sie die Nasenschleimhaut

in einen fluxionären Zustand versetzen, theils sind es gewisse Krankheiten der Nase: acuter und chronischer Schnupfen, Polypen etc., welche dies, mit Vorliebe bei arthritischen Subjecten, thun.

Jene Reflexerscheinung tritt entweder allein auf oder im Verein mit Störungen des Gesichts (Mouches volants), Hemicranie, Nausea, grosse Reizbarkeit, Hypochondrie, Trägheit der Intelligenz, Krampfhusten, Verdauungsstörungen, vermehrter Secretion der Nasenschleimhaut, Ohnmachten, Schwäche des Pulses, Blässe des Gesichts.

Was die Therapie der in Rede stehenden Affection anlangt, so gilt es, das causale Moment derselben zu entfernen.

Pauli (Köln).

---

539) **Rudolph Arndt** (Greifswald): Trophische Störung aus psychischer Ursache. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1887 Nro. 34.)

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem bei einer 41 Jahre alten etwas nervösen Wärterin, die 1885 einen leichten Thyphus durchmachte und sich nicht recht von demselben erholen konnte, im November 1886 nach einem heftigen Schreck plötzlich starke Magenkrämpfe und exquisit nachweisbare Störungen der Nieren- und Leberfunktionen auftraten. Der Urin wurde eiweisshaltig, reich an hyalinen Cylindern und abgestossenen Epithelien der Harnkanälchen. Dieselben waren eben hinfällig geworden, abgestorben und durch den andrängenden Urin von ihrer Unterlage abgespült worden. Der Harn zeigte ausserdem eine deutliche gelbe Färbung seines Schaumes, auch die Sclera und die Haut hatten mehrere Tage lang einen leicht gelblichen Anflug. Diese Gallenaufsaugung in der Leber war um so weniger rein mechanisch zu erklären, als der Gallenabfluss nach dem Darm hin, wenn auch vielleicht etwas behindert, doch, wie die noch immer gefärbten Fäces bewiesen, nie aufgehoben war. Die genannten Symptome verloren sich nach kurzer Zeit wieder gänzlich. Verf. führt diese trophischen Störungen auf den heftigen Schreck und auf die ungewöhnliche Nerveneinwirkung zurück, welche in Folge desselben auf jene Organe stattgefunden hatte. Dies beweise wieder, dass alle Körperfunktionen unter nervösen Einflüssen von Statten gehen, und dass unter diesen auch die psychischen eine grosse Rolle spielen. Man müsse sich nur gewöhnen, „die Psyche als eine blosse Funktion des Nervensystems anzusehen, abhängig von seiner molekularen, beziehentlich atomistischen, d. i. also seiner chemisch-physikalischen Arbeit resp. seinem Stoffwechsel“. Es ergebe sich daraus dann aber auch weiter, dass nicht die psychischen Vorgänge selbst, sondern erst die ihnen zu Grunde liegenden chemisch-physikalischen Veränderungen der Nervensubstanz, ihre Stoffwechselvorgänge, es sind, die das zu Wege bringen. „Die psychischen Vorgänge sind deshalb auch nur als blosse Begleiterscheinungen der trophischen und etwaigen plastischen Zustände zu erachten, welche bei oberflächlicher Betrachtung als ihr Produkt erscheinen“.

Reinhard (Hamburg).

---

540) Imanuel Kirn (Werneck): Ueber Lesestörungen bei paralytischen und nicht paralytischen Geisteskranken?
(Inaugural-Dissertation vorgel. d. medic. Facult. der Universität Würzburg. 1887.)

Verf. hat sich mit den von Rieger und Rabbas bereits beschriebenen Lesestörungen bei Geisteskranken beschäftigt und ist im Grossen und Ganzen zu den nämlichen Schlüssen gelangt, wie jene Autoren.

Alle höheren Grade von Lesestörungen werden nur bei Paralytikern getroffen. Die bei anderen Formen von Geistesstörung (Verrücktheit, einfache Demenz) gefundenen Lesestörungen haben mit der Geisteskrankheit an sich nichts zu thun, da sie in gleicher Weise auch bei Geistesgesunden vorkommen können. Uebrigens brauchen Paralytische nicht immer Lesestörungen aufzuweisen, wie zwei der vom Verf. mitgetheilten Fälle beweisen. Die Merkmale der schwerern Störungen sind: „In grosser Anzahl auftretende „übliche" Fehler, Wiederholungen gewisser Worte oder Wortbestandtheile, Substituirungen von Wörtern, welche weder sinn-, klang-, noch schriftverwandt sind, jene Wortbildungen, welche der deutschen Sprache fremd sind, ferner das sinnlose Hinzufaseln von Worten und ganzen Wortreihen und — in den meisten Fällen — Unfähigkeit, das falsch Gelesene auf Vorhalt als solches zu erkennen und zu corrigiren". Diese schweren Störungen sind bis jetzt nur bei Paralytikern beobachtet worden. Characteristisch für die Lesestörungen der Paralytischen scheint auch noch die Häufigkeit zu sein, mit der einzelne Worte in allen möglichen Zusammensetzungen wieder vorkommen. In zweifelhaften Fällen von Paralyse kann daher das Vorhandensein einer derartigen Störung zur Befestigung der Diagnose beitragen. Rieger glaubt, dass diese Störung mit gewissen aphasischen Störungen verwandt ist, eine Ansicht, welcher sich Berlin anschliesst. Letzterer vermuthet das „Lesecentrum" auf Grund von sechs zur Obduktion gekommenen Fällen von „Wortblindheit, Dyslexie" in der Rindenschicht der linken Grosshirnhemisphäre und zwar in der Nähe der 3. Stirnwindung, des oberen Parietalwulstes, des Gyrus angularis und der oberen Temporalwindung. Verf. der vorliegenden Dissertationen hat in dem einen seiner paralytischen Fälle, der bisher zur Obduktion gelangt ist, keine Bestätigung dieser Vermuthung finden können.

Reinhard (Hamburg).

---

541) Bourneville: De la température dans l'état de mal épileptique. (Die Temperatur im Status epilepticus.) (Progrès médical 87. Nro. 35.)

Verf. wendet sich gegen die Veröffentlichungen von Witkowsky, die nach seiner Ansicht Neues nicht enthalten, da Verf. schon früher als Witkowsky dieselben Beobachtungen über den Status epilepticus, sowie das Verhalten der Temperatur sowohl in den einzelnen als serienweise auftretenden Anfällen und im Status epilepticus veröffentlicht hat. Verf. hat vor Witkowsky zwei Perioden im Status epilepticus unterschieden, das convulsive und das meningitische

Stadium, von denen das letztere fehlen kann; der Tod kann in beiden eintreten, beide sind durch ein intensives Steigen der Körpertemperatur ausgezeichnet. Es folgen mehrere kurze Beobachtungen mit Temperaturkurven, die den verschiedenen Verlauf der einzelnen Fälle illustriren, denen sich ein ausführlich beobachteter anschliesst.

Lel. von Kind auf epileptisch, schon mehrere Male wegen gehäufter Anfälle im Hospital behandelt, wird am 15. November, nachdem er in der Nacht vorher 24 Anfälle gehabt, von Neuem aufgenommen. 2 weitere Anfälle, Temperatur 38,6. In der nächsten Nacht 9 Anfälle. Coma, Decubitus, Kniephänomen gesteigert, Nystagmus. Cornealreflex vorhanden. Extremitäten kalt, cyanotisch. Die Temperatur steigt von Morgens 38,6 bis Mitternacht auf 40° C. sinkt am nächsten Tage auf 38,8 herunter, um innerhalb der nächsten 20 Stunden fortwährend zu steigen und beim Tode die Höhe von 41,2° C. zu erreichen. Anfälle waren in den letzten 48 Stunden nicht aufgetreten nur wurden einzelne Zuckungen in verschiedenen Gliedern beobachtet.

Bei der Section fanden sich Verknöcherung der Nase, Congestion der Dura, einzelne Ecchymosen der Pia. Die Abweichungen vom normalen Windungstypus müssen im Original eingesehen werden.

Holtermann (Sachsenberg).

---

542) **Jul. Wagner** (Ober-Döbling): Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. (Jahrbücher f. Psychiatrie, VII. Band 1. und 2. Heft.)

Nach Erwähnung der verschiedenen Autoren, welche über den Einfluss fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen berichtet haben, und nach einer Aufzählung der einzelnen fieberhaften Erkrankungsformen, die hier in Betracht kommen, theilt Verf. mehrere von ihm selbst gemachte einschlägige Beobachtungen mit.

Der erste dieser Fälle betrifft eine acute Laktationspsychose im Uebergang zum secundären Schwächezustand; Krankheitsdauer bereits 9 Monate. „Hier wurde durch einen mittelschweren Typhus der Zustand der Kranken soweit gebessert, dass vorübergehend selbst Hoffnung auf vollständige Wiedergenesung geschöpft werden konnte". Dauerndes Resultat: anhaltende bedeutende Besserung der Psychose.

Der zweite Fall betrifft einen bereits etwas geistesschwachen Epileptiker, dessen langjährige Epilepsie durch eine heftige Febris intermittens zum Schwinden gebracht wurde, sodass sie wenigstens nach 12 Jahren noch nicht aufgetreten war. Auf die Geistesschwäche hatte das Fieber keinen Einfluss.

Vier weitere Fälle beziehen sich auf die Erfahrungen des Verf. bezüglich der Einwirkung von Variola auf Geisteskrankheiten. Davon betraf der erste einen 33 jährigen Paralytiker, bei dem die Krankheit seit 2 Jahren bestand, der zweite einen seit vielen Jahren mit Epilepsie behafteten und bereits verblödeten Kranken, der dritte und vierte chronisch Wahnsinnige von 4 resp. 8 jähriger Krankheitsdauer. In sämmtlichen vier Fällen blieb der Geisteszustand nach wie vor derselbe.

Hinsichtlich des behaupteten Einflusses des Erysipels auf den

Verlauf von Geisteskrankheiten theilt Verf. 3 selbst beobachtete Fälle mit. Davon ging der erste, eine im Klimakterium eingetretene Psychose mit akutem Verlaufe, die bereits angefangen hatte in einen secundären Schwächezustand über zu gehen, in Folge des im 10. Monate aufgetretenen schweren Gesichtserysipels in völlige Genesung über. Im zweiten Falle, einer schweren Melancholie mit Uebergang in Verworrenheit und Geistesschwäche, bewirkte ein sehr heftiges Erysipel der ganzen oberen Körperhälfte nur eine mittelmässige Besserung. Der dritte Fall betraf eine im Klimakterium stehende Kranke, die bereits seit $3^1/_2$ Jahren an akutem hallucinatorischem Wahnsinn litt. Hier trat nach einem schweren Kopferysipel vollständige Heilung von der Psychose ein. Ausser diesen 3 hat Verf. noch 10 Erysipele bei Geisteskranken gesehen. Dieselben betrafen aber lauter jahrelang dauernde Fälle von chronischem Wahnsinn oder secundärer Geistesstörung, in welchen die Infectionskrankheit hier und da höchstens eine rasch vorübergehende Besserung zu erzielen vermochte.

Ueber die Einwirkung aller übrigen von einzelnen Autoren angeführten fieberhaften Erkrankungen auf Psychosen standen dem Verf. keine eigenen Erfahrungen zu Gebote.

Die Art und Weise, wie solche Heilungen von Psychosen durch fieberhafte Erkrankungen zu Stande kommen, ist schwer zu begreifen. Die einen meinen, dass die erhöhte Temperatur das Wirksame sei, andere sprechen von der Rolle, welche die Vasomotoren unter der Herrschaft der fieberhaften Erkrankung spielen; wieder andere sind der Ansicht, dass der Regenerationsprozess im Hirn, der z. B. nach Typhus vorkommt, auch anderen pathologischen Veränderungen, die unabhängig von der fieberhaften Erkrankung bestanden hatten, zu gute kommen kann; andere Autoren endlich nehmen eine direkte Wirkung eines Giftes auf das Gehirn an.

Um zu sehen, welches die Bedingungen sind, unter denen eine günstige Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen zu Stande kommt, hat Verf. die in der Literatur niedergelegten sowie seine eigene Fälle tabellarisch zusammengestellt und gefunden, dass das Geschlecht keinen Einfluss ausübt, wohl aber das Alter, letzteres aber in dem Verhältniss, welches bei den Heilungen von Psychosen überhaupt Geltung hat. Von noch grösserem Einfluss stellt sich die Dauer der Psychose heraus. In dieser Beziehung lässt sich der Satz aufstellen: „Wenn ein Geisteskranker in dem ersten Halbjahre seiner Geisteskrankheit von einer der genannten fieberhaften Erkrankungen befallen wird, ist die Wahrscheinlichkeit eine sehr grosse, dass er dadurch von seiner Psychose geheilt wird“. Indess wurden auch Heilungen nach bereits mehrjähriger Dauer der Psychose beobachtet. Was die Formen der Geistesstörung betrifft, so sind natürlich auch unter der Einwirkung fieberhafter Erkrankungen vorwiegend heilbare Fälle von Psychose genesen; doch finden sich in der Tabelle 13 Fälle von Heilung, bei denen nicht nur aus den Symptomen hervorgeht, sondern auch von den betreffenden Autoren ausdrücklich bemerkt wird, dass sich bereits der Uebergang in secundären Blödsinn vollzog; ferner

5 Fälle von Heilung, bei denen dieser Uebergang schon erfolgt war, sowie 3 Fälle von chronischem Wahnsinn. Am wenigsten günstig von fieberhaften Erkrankungen beeinflusst wird die Epilepsie. Auf die Paralyse scheinen mehr die acuten Exantheme, das Erysipel und vor allem Phlegmonen und chronische Eiterungen einen günstigen Einfluss auszuüben.

Verf. plaidirt schliesslich dafür, in zielbewusster und zweckmässiger Weise die fieberhaften Infectionskrankheiten als Heilmittel der Psychosen zu benutzen, doch müssten bei einem solchen Versuche an Hand der bisherigen Erfahrungen jedesmal genau die Indicationen festgestellt werden. Er empfiehlt aus practischen Gründen (Herstellungsmöglichkeit von Reinculturen, geringe Gefährdung der Umgebung) die Versuche mit dem Ueberimpfen des Erysipels anzustellen.

Reinhard (Hamburg).

---

543) **Ball**: La folie érotique. (Sexuelle Psychopathie.)
(L'Encéphale 1887. p. 403.)

Vorlesung an Ball's Klinik; kein neues Material, keine selbstständigen Ideen. Die Eintheilung Ball's zerlegt die Fälle in 4 Categorien, die Blutdurstigen, die Leichenschänder, die Päderasten und die conträr Empfindenden („intervertis"). Bemerkenswerth sind in der Darstellung der ersten Categorie die Mittheilungen über den Marquis de Lade, der zu Anfang des Jahrhunderts ein complicirtes System entwarf, in dem die Vollziehung des Coitus unter heftig blutenden Verwundungen des Weibes ausführlich begründet, ernst empfohlen und (in dem Roman „Justine") durch sorgfältige Kupferstiche illustrirt wurde. Characteristisch ist für diese Form die Nichtbefriedigung der normalen Proceduren und der durch Genuss des Menschenfleisches nach der Cohabitation, oder anstatt derselben, erzielte Orgasmus.

Kurella (Owinsk).

---

544) **von Krafft-Ebing** (Graz): Originäre geistige Schwächezustände in foro criminali. (Jahrbücher f. Psychiatrie, VII. Bd., 1. u. 2. Heft.)

VIII. Unzuchtsdelikte mit Kindern. Schwachsinn. Trunkenheit.

Der seit einer Reihe von Jahren taube 43jährige Zimmermann H. hat der 9jährigen Sch. auf dem Hofe eines Wirthshauses in leicht angetrunkenem Zustande unter die Röcke gegriffen und etwas später an dem nämlichen Tage mit zwei jungen Leuten Streit und Prügelei begonnen und gegen den einen derselben nachher noch gefährliche Drohungen ausgestossen.

Er gilt bei allen denjenigen, die ihn näher kennen, für etwas „troddelig", ist intolerant gegen Alcohol und verkehrt schon lange lieber mit Kindern als mit Erwachsenen.

H. macht auf den ersten Blick den Eindruck eines beschränkten Menschen. Seine Stirn ist etwas niedrig und ziemlich schmal, sonstige Degenerationszeichen fehlen. Er vermag über die Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens genügende Auskunft zu geben, hat sich auch

einen gewissen Kreis von ethischen und moralischen Vorstellungen angeeignet, ohne sich der Bedeutung derselben jedoch recht bewusst zu sein und ohne sie auf den concreten Fall anwenden zu können. Er gesteht freimüthig ein, auch schon früher kleinen Mädchen unter die Röcke gegriffen oder gesehen zu haben, indess ohne bestimmte Absicht und jedenfalls ohne geschlechtliche Erregung, sondern nur aus Albernheit und stets in angetrunkenem Zustand. Der Handlungen und Vorgänge an dem bewussten Tage will er sich zum Theil gar nicht, zum Theil nur summarisch erinnern; das mit ihm angestellte Kreuzverhör macht diese Angabe wahrscheinlich.

v. Krafft-Ebing erklärt ihn in Folge dessen zwar nicht für blödsinnig, aber für originär schwachsinnig. Bei dieser Geistesbeschaffenheit sei unter der Concurrenz der Alcoholwirkung und des Affectes eine vorübergehende Trübung des Bewusstseins zu Stande gekommen, und sei der Angesch. aus diesen Gründen für nicht zurechnungsfähig zu erachten.

IX. Brandstiftung. Pathologischer Affect. Imbecillität.

Am 29. Nov. 1884, Abends ¼ 7 Uhr, ging das etwa 10 Min. von R. gelegene vom Gärtner H. bewohnte Haus nebst Nebengebäuden in Flammen auf. Verdacht der Brandstiftung fiel auf Friedrich E., 30 Jahre alt, Schustergeselle, der um 5 Uhr Nachmittags bei der Magd des H. im Keller sich zudringlich benommen hatte und vom Herrn desshalb hinausgewiesen worden war.

Die Anamnese ergibt erbliche Belastung bei dem Angeklagten, der ausserdem schon mehrmals Anfälle von periodischer Geistesstörung gehabt haben und grosse Intoleranz gegen jede Art von Gemüthserregung zeigen soll. Schon mehrere Tage vor dem Brande merkten der Meister und dessen Frau an dem Angeklagten eine auffällige Veränderung seines Wesens. Am 29. November selbst lief er plötzlich ohne genügenden Grund von der Arbeit fort, und sein Meister schrieb nun sofort an den Vater des Angeklagten, er hielte letzteren für irrsinnig. Seine Störung äusserte sich in stillem Wesen, Weinerlichkeit, Verschlossenheit, Abnahme des Appetits. Als Zeuge H. in den Keller trat, hielt sich E. die Hände vor's Gesicht und wollte sich nicht gleich entfernen; er blieb auch draussen noch eine Weile stehen und starrte auf das Haus hin. Eine halbe Stunde später hörte H. ein Geräusch, als wenn Jemand von der Mauer springe. Als er herauskam, fand er bereits sein Haus in Flammen und sah gleich darauf den Angeklagten auf der Brandstätte. Auf Vorhalt seiner That leugnete derselbe.

Im Verhör betheuerte er seine Unschuld und gab an, er habe unterwegs den Feuerschein gesehen und sei dadurch bewogen worden, wieder umzukehren.

Im Gefängniss benahm er sich so auffallend, dass ihn die Mitgefangenen für irrsinnig hielten.

Die gerichtsärztliche Untersuchung ergab Folgendes: Explorat hat in der Schule nur mittelmässig gelernt. Er treibt seit dem 10. Jahre Onanie und leidet häufig an Druck und Hitze im Kopf. Gegen

Hitze und Gemüthserregungen sei er sehr intolerant und schon öfter nach geringem Aerger ganz wirr und zerstreut im Kopfe geworden. Auch in den letzten Tagen vor dem Brand habe er sich wieder viel über die Grobheit seines Meisters ärgern müssen, sei verstimmt geworden, habe nicht recht essen wollen, weil er geglaubt, der Meister gönne ihm das Essen nicht. Von der Arbeit sei er weggegangen, weil er sich nothwendig einen neuen Rock habe kaufen müssen. Er sei nicht wirrig im Kopfe dabei gewesen, sondern nur ärgerlich, dass ihm der Meiser nicht das nöthige Geld gegeben habe. Sein Stehenbleiben bei dem Hause des H. motivirt er damit, dass er geglaubt habe, vielleicht die Magd noch einmal sehen zu können. Im Uebrigen ergeben sich keine Widersprüche mit den Angaben der Zeugen, im Gegentheil strenge Uebereinstimmung. Explorat ist geistig beschränkt und abergläubig, will auch von jeher von den Kameraden gehänselt worden sein. Er legt grosses Gewicht darauf, dass er unter dem Planet der Jungfrau geboren sei. Die Bedeutung der Hauptfeste der Kirche kennt er nicht. Ein Erinnerungsdefekt, zumal für die Vorgänge des 29. Novbr. ist nicht zu constatiren. Die Stirn tritt stark zurück.

In dem Gutachten sprechen sich die Sachverständigen dahin aus: „dass Explorat schwach an Verstand zu affektartigen Ausnahmezuständen disponirt war, am 29. Novbr. sich in einem Zustand von Verstimmung befand, die jedoch weder als geistige Krankheit noch als Sinnesverwirrung sich ausweist, und dass aus der psychischen Verfassung damals keine Motive für die Begehung der incriminirten That sich ermitteln lassen“.

In Folge von späteren widerspruchsvollen Angaben des Angekl. — so z. B. er habe das Haus abgebrannt, oder er sei durch Unvorsichtigkeit an dem Brande Schuld gewesen, — und seines ganz komischen und absurden Benehmens im Gefängniss, welches bei den Mitgefangenen den Verdacht auf Simulation wachrief, wurde ein zweites Gutachten von den Sachverständigen verlangt.

Dasselbe stützt sich im wesentlichen auf die bereits erwähnten Momente, doch gesellten sich noch einige andere für die Beurtheilung nicht unwesentliche hinzu. Zunächst ein ganz confuser Brief, in dem er um Enthaftung und Begnadigung bittet, und der sich nach Inhalt und Diktion als das Produkt eines geistesschwachen Menschen erweist. Sodann die Angaben seines Bruders über die Beschaffenheit seiner periodischen Anfälle von Irrsinn, denen der gegenwärtige genau gleiche. Er werde in denselben traurig, unzufrieden, wünsche sich weit weg, rede wirr, verrichte keine Arbeit mehr, habe an nichts Freude mehr, beklage sich über die Misere des Lebens, habe einen eignen Blick und ein dummes Lachen und sei dann geschlechtlich sehr erregt und gegen Frauenzimmer zudringlich.

Bei der abermaligen Exploration machte der Angekl. jeden Augenblick andere Angaben hinsichtlich seines Verhaltens an dem fraglichen Abend. Dieses Hin- und Herschwanken in seiner Vertheidigung und die endlosen Widersprüche mussten ebenfalls als die Folge

seiner Verstandesschwäche angesehen werden: „Er möchte sich einer ihm unerträglich gewordenen Lage entziehen und weiss sich dabei nicht zu helfen". Auch seine Aeusserungen, ihn doch lieber aufzuhängen als noch länger mit Verhören zu quälen, seine Anrede an die Aerzte: „kaiserlicher Gerichtshof", sowie endlich eine läppische Attaque auf ein Frauenzimmer, welches ihm auf dem Weg von einem der Verhöre begegnet, sprachen unzweifelhaft für den Schwachsinn des Inculpaten.

Die Sachverständigen kamen demnach im wesentlichen auf das frühere Gutachten zurück, indem sie auch diesmal betonten, dass sich kein recht genügendes psychologisches oder klinisches Motiv für die That nachweisen lasse.

X. Diebstahl, Schwachsinn.

Jakob B., 43 Jahre alt, wegen Leinwand-Diebstahl seit 14 Wochen in Untersuchung. Giebt seine Personalien richtig an, ist über die gegenwärtige Zeit und über den Ort gut orientirt, gesteht unumwunden ein, gestohlen zu haben, macht gar keine Versuche, sich zu exculpiren.

Mittelgrosser Mensch von schlaffer Haltung, stumpfen grobsinnlichen Gesichtszügen, leicht zu Thränen gerührt. Angeblich keine erbliche Belastung. Hat in der Schule sehr schlecht gelernt, kann sein Alter und Geburtsjahr nicht angeben, weiss nicht, wie die Monate heissen und wie viele Tage ein Jahr hat, u. dergl. Auf seine That gebracht, versichert er unter Thränen in der Art eines Kindes, dass er auf einer unrechten Handlung ertappt wurde, er werde so etwas nicht wieder thun. Wird von seinen Mitgefangenen gefoppt und gehänselt. Dieselben halten ihn für einen „Troddel". Sie berichten, dass er wenig schlafe, öfter weine und vom Aufhängen rede. Zur Gefängnissarbeit ist er nicht zu gebrauchen. Beim Essen ist er sehr gierig und zieht sich in Folge dessen öfter starke Indigestionen zu, wobei er dann manchmal thut, als sei es mit ihm aus. Als anatomische Degenerationszeichen findet sich grobe Struktur und weites Abstehen der Ohrmuschel vom Schädel.

Das Gutachten spricht sich dahin aus, dass Explorat schwachsinnig und dass seine ethischen und rechtlich intellectuellen Vorstellungen dürftig entwickelt sind, jedoch nicht in so hohem Grade, dass er nicht die Strafbarkeit des ihm zur Last gelegten Deliktes erkennen, die Bedeutung und die Tragweite einer gegen ihn gerichteten gerichtlichen Verhandlung ermessen und sich verantworten könnte. Immerhin sei sein Schwachsinn von einem solchen Grade, dass er als pathologisch zu bezeichnen sei. Es sei deshalb zu befürchten, dass eine längere Freiheitsstrafe krankhafte Gemüthszustände bei dem Exploraten herbeiführen werde. — Ob der Angeklagte hierauf in Freiheit gesetzt wurde, ist nicht mitgetheilt.

XI. Betrügerisches Kaufgeschäft mit einer Schwachsinnigen. Simulation von Blödsinn seitens dieser in der Hauptverhandlung.

Anfangs Januar 1883 schloss die 39 Jahre alte verehelichte Maria H. vor einem Notar mit dem Franz N. in den gesetzlich vor-

geschriebenen Formen einen Kaufvertrag ab, worin sie diesem für eine in Bezug auf Werth des Objectes viel zu geringe Summe die ihr gehörigen Realitäten abtrat. Der Vater der H. zeigte bald darauf die Sache an, indem er behauptete, seine Tochter sei schwachsinnig, der N. habe deren Schwachsinn gekannt und sie unter falschen Vorspiegelungen zu dem Kaufvertrag überredet. Der betreffende Notar, welcher allerdings nur sehr wenige Fragen an sie richtete, will nichts von Schwachsinn an ihr bemerkt haben, eben sowenig die Vertragszeugen, welche übrigens die H. früher nie gesehen hatten. Letztere selbst gibt an, nicht gewusst zu haben, worum es sich handelte; sie habe geglaubt, sie solle dem N. als Zeugin helfen, ein Findgeld beheben.

Die Familie des N. behauptet, die H. sei aus freien Stücken zu ihnen gekommen und habe die Realitäten zum Verkauf angeboten. Der Ortsvorsteher bezeugt, das die H. in hohem Grade schwachsinnig sei und auf geringes Geschenk oder Versprechung sich mit jedem Menschen einlasse. Ihren Schwachsinn bestätigen auch noch andere Zeugen. Einer derselben erklärt noch, dass bei allen früheren Rechtsgeschäften der H. vor dem Notar K. der Vater derselben das Wort führte.

Die H. hat einen grossen blasigen Schädel mit vorgebauchten Stirnhöckern. Sie macht bei der Exploration den Eindruck, als ob sie recht geistesschwach erscheinen will, offenbar auf Zureden ihres Vaters. Nichts desto weniger ist es klar, dass sie wirklich pathologisch geistesschwach ist. Sie hält einen werthlosen Ring, den ihr die Tochter des N. geschenkt, für golden. Ihr Besitzthum bewerthet sie bei wiederholtem Befragen mit 200 Gulden. Ein Joch (Mass für eine Ackerfläche) sei nur ein paar Schritt lang. Ueber staatliche Einrichtungen und sociale Verhältnisse zeigt sie sich nicht orientirt. Curatel interpretirt sie übrigens dahin, dass man kein Geld unter die Hand bekommt. Sie kennt die Geldsorten, kann aber nicht das Geld zusammenzählen; auch multipliciren kann sie nicht. Mass- und Preisverhältnisse sind ihr unklar. Daheim ist sie nur zu grober Arbeit zu gebrauchen. Sie braucht stets ziemlich lange Zeit, um etwas schwierigere Fragen aufzufassen, und ihre Antworten erfolgen langsam.

Im Gutachten sprachen sich die Sachverständigen dahin aus, dass die H. entschieden krankhaft schwachsinnig sei und unfähig, ihre Angelegenheiten selbstständig zu besorgen oder den Sinn und die Tragweite eines bürgerlichen Aktes, wie ihn ein Verkaufsvertrag darstellt, zu begreifen. Ferner sind die Experten der Ansicht, dass auch dem N. der Schwachsinn der H. klar sein musste, zumal da er sie schon lange kannte und aus den Zeugenaussagen hervorgehe, dass die H. im Dorfe ziemlich allgemein für schwachsinnig gehalten wurde.

In der Hauptverhandlung wurde übrigens zeugeneidlich erwiesen, dass N. die geistige Schwäche der H. recht gut kannte und bereits 1892 einem gewissen X. 50 Gulden versprochen hatte, wenn er ihm die H. geschäftlich in's Garn lockte. In der Angst, der Schwachsinn seiner Tochter könne dem Gerichtshof nicht recht evident werden, hatte der Vater der H. sie dahin instruirt, auf die meisten Fragen „ich

weiss nicht“ zu antworten, was sie auch that. In Folge dieser läppischen Simulation von Blödsinn wurde es dem Sachverst. schwer, den wirklich vorhandenen Schwachsinn der H. dem Gerichtshof klar zu machen. Indessen konnten sie schliesslich die widerstandslose Beinflussbarkeit der H. durch dritte, die sie wieder damit an den Tag legte, auch noch zum Beweise des Schwachsinns derselben anführen.

Die Verhandlung endete mit der Verurtheilung des N. zu mehrjährigem Kerker.

XII. Simulation von Geistesschwäche seitens eines Vollsinnigen.

Franz K., 46 Jahre alt, Grundbesitzer, liess sich von seiner 15 jährigen Tochter eine Quittung über rückbezahlte 279 Gulden schreiben und zwar so, als sei die Quittung von dem P., dem Gläubiger, geschrieben. In der Voruntersuchung im März und April gestand er nach anfänglichem Leugnen die Fälschung ein. In der Hauptverhandlung im Juni desselben Jahres that er aber so, als ob er von nichts wüsste, bestritt die Fälschung, stellte sich ganz dummerhaftig und erwiderte auf die meisten Fragen nur: „ich weis nicht“. Es war nun aus dem Umstande, dass K. bis vor noch nicht langer Zeit ein Gemeindeamt bekleidet und dass er in den Vorverhören sich in jeder Beziehung als vollsinnig gezeigt hatte, besonders aber durch das in der Exploration angestellte Kreuzverhör, bei welchem er oft die einfachsten Dinge nicht zu wissen vorgab, während er manche viel complicirtere wusste, leicht nachzuweisen, dass Explorat die Geistesschwäche simulire. Als er merkte, dass ihn die läppische Simulation nichts nutzte gab er sie schliesslich auf und erneuerte das frühere Geständniss. Verurtheilung.

XIII. Diebstahl. Taubheit. Simulation von Imbecillität.

Der 48 Jahre alte Kauschler (?) und Händler Franz S. wurde durch Haussuchung überführt, sich stark an einem Diebstahl betheiligt zu haben. In der Untersuchung schien er taub, blöd und stumm zu sein, auch wurde von verschiedenen Seiten behauptet, er sei sinnlos, woran indess schon deshalb sehr gezweifelt werden musste, da er noch bis zur Untersuchung selbstständig und unbeanstandet sein Geschäft betrieben hatte.

Die gerichtsärztliche Exploration unter Mitwirkung eines Taubstummenlehrers ergab zunächst, dass E. nur taub war, nicht zugleich stumm. Aus seinen Antworten ging hervor, dass er über Zeit, Ort, Personen und über seine persönlichen Verhältnisse hinreichend gut orientirt war. Dieselben erfolgten im Anfang ausserdem so rasch, und waren so präcis, dass daraus auf eine rasche Auffassungsgabe für das Verstandene geschlossen werden konnte selbst da, wo es sich um Abstraktes handelte. Erst, als die Fragen sich auf den Diebstahl bezogen, schien er dieselben auf einmal viel schwerer oder auch ganz falsch zu verstehen, verrieth aber selbst in den verdrehten Antworten noch eine gehörige Dosis von Schlauheit.

Das Gutachten lautete, dass kein geistiger Defekt zu erkennen sei, dass ein solcher auch ätiologisch nicht motivirt sei, und dass Explorat seine thatsächliche Taubheit mit benutze, um seine Geistesfähigkeit als eine geschwächte erscheinen zu lassen.

XIV. Zweifelhafte Zeugnissfähigkeit einer imbecillen Geschändeten.

A. H., 49 Jahre alt, ledig, ist angeschuldigt, die 13 Jahre alte Magdalena St. wiederholt geschlechtlich missbraucht zu haben. Er soll sie hierzu theils durch Ueberredung, theils durch das Geschenk von einigen Kreuzern gebracht haben. Nach ihrer Angabe hat er ihr sein Glied in die Scheide eingeführt, damit hin und her gestossen, bis sie an den Geschlechtstheilen nass geworden und etwas Weisses von denselben auf die Erde geflossen sei. Ihrer Mutter hat sie auch noch mitgetheilt, die von H. mit ihr vorgenommenen Manipulationen seien ihr schmerzhaft gewesen und habe sie noch einige Zeit lang darnach beim Uriniren Schmerz empfunden. Der Angekl. leugnet die ihm zur Last gelegten Handlungen. Da die St. bei ihren Bekannten als von Kindheit auf schwachsinnig gilt und überdies etwas schwankend in ihren Angaben über die Species facti, war so wurde die gerichtsärztliche Exploration angeordnet.

Dieselbe ergab körperlich normale Verhältnisse, das Hymen noch intact. In psychischer Beziehung handelte es sich darum, zu eruiren, ob sie bei ihrem notorischen Schwachsinn doch im Stande sei, richtige sinnliche Wahrnehmungen zu machen und über solche gerichtlich richtig auszusagen. Es wurde constatirt, dass sie seit dem 2. Jahre an epileptiformen Anfällen litt, die aber seit dem 12. Jahre gänzlich ausblieben, dass sie wegen dieser Anfälle nur kurze Zeit die Schule besuchen konnte; dass sie nothdürftig lesen und auch ein wenig rechnen kann; dass sie die gewöhnlichen Geldsorten und die Preise der wichtigsten Lebensmittel kennt: dass sie ziemlich rasch auffasst und richtig antwortet, dass ihr Gedächtniss gut ist, dass aber das Begriffs- und Urtheilsvermögen höchst mangelhaft bei ihr ist. Sie macht im Uebrigen den Eindruck eines sittlichen, wohlerzogenen Kindes und geniesst einen guten Leumund.

Unter diesen Umständnn lautete das Gutachten auf originären Schwachsinn, erkannte der St. die Fähigkeit zu, sinnlich Erlebtes richtig zu berichten, aber nicht diejenigen Qualitäten, welche zur Ablegung eines Eides erforderlich sind.

In der Hauptverhandlung trug sie ihre Aussage so ruhig, klar und mit dem Gepräge der Wahrheit vor, dass der Gerichtshof die Ueberzeugung von der Schuld des Angekl. gewann.

Reinhard (Hamburg).

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 38).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. November 1887. Nro. 21.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber Hemiplegie und seelische Störung nach Keuchhusten. Von P. J. Möbius.

II. Original-Vereinsberichte. **Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887.** Von Dr. L. Goldstein in Aachen. **Auerbach**: Die lobi optici der Knochenfische. **Arndt**: Ueber graphische Darstellung des Verlaufs der Psychosen. **Müller**: Ueber die initalen Formen der Psychosen. **Meschede**: Therapeutische Mittheilungen. **Gad**: Zur Physiologie und Anatomie der Spinalganglien.

III. Referate und Kritiken. **Flesch**: Versuch zur Ermittelung der Homologie der Fissura parieto-occipitalis bei den Carnivoren. **von Kompaneiskaja von Kowalenskaja**: Beiträge zur vergleichenden microscopischen Anatomie der Hirnrinde des Menschen und einiger Säugethiere. **Bechterew**: Zur Frage von den Bestandtheilen der hinteren Rückenmarksstränge. **Burton** Ein Fall von Osteophyten der Arachnoidea. **Lemoine**: Ueber cerebrale Blepharoptose. **Kojewnikoff**: Ueber Nuclearlähmung. **Mercier**: Coma. **Naumann**: Sarcoma cerebri. **Pryce**: Ein Fall von beiderseitigem Ulcus perforans pedis in Verbindung mit Diabetes und atactischen Symptomen. **Galippe**: Ist die Linkshändigkeit angeboren oder erworben. **Wide**: Nervencompression zu therapeutischen Zwecken. **Arnaud**: Ataxie bei einem Syphilitischen, verbunden mit psychischen Störungen. **Rybalkin**: Paramyoclonus multiplex. **Dana**: Ueber Pseudotabes in Folge von Arsenik nebst einer Betrachtung der Pathologie der Arsenlähmung. **Bull**: Reflectorischer Magenhusten. **Heiberg**: Trophoneurotische Processe bei Lepra. **Bourneville et Raoult**: Congenitale Missbildung an beiden Händen und dem linken Fusse nebst Fettleibigkeit in einem Falle von Imbecillität. **Muhr**: Querulantenwahnsinn. Gerichtsärztliche Untersuchungen und Reflexionen. **Uckermann**: Ein Fall von primärer Stummheit bei einem nicht tauben Kinde. **Brouardel**: Stuprum und Attentat auf die Schamhaftigkeit. **Fritsch**: Casuistische Beiträge zur Lehre vom impulsiven Irresein. **Sander** und **Richter**: Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen.

IV. Aus den Vereinen. Académie de méd. zu Paris.

I. Originalien.

Ueber Hemiplegie und seelische Störung nach Keuchhusten.

Von P. J. MÖBIUS.

In Nro. 5 d. J. dieses Centralblattes habe ich über einen Fall von aufsteigender Lähmung nach Keuchhusten berichtet. Ich habe dabei erwähnt, dass während des Keuchhustens entstandene Hemiplegie wiederholt beobachtet worden ist und habe mich auf eine eigene derartige Beobachtung berufen. Bei der letzteren handelte es sich um ein

5 jähriges Mädchen, welches im September 1884 an Keuchhusten erkrankt, an einem der ersten Tage des Oktober, nachdem es während der Nacht heftig geschrieen hatte, früh mit completer Lähmung der rechten Körperhälfte gefunden worden war. Angeblich hatte an den dem Eintritte der Lähmung folgenden 2 Tagen Fieber bestanden, welches vorher nicht beobachtet worden war. Im Januar 1885 bestand Parese der rechten Glieder mit leichter Muskelsteifigkeit und Steigerung der Sehnenreflexe.

Ganz anders gestaltete sich das Bild in einem neuerdings von mir beobachteten Falle.

Am 4. Juni d. J. wurde ein 4 jähr. Knabe in die medicinische Universitäts-Poliklinik zu Leipzig gebracht, welcher, von gesunden Eltern stammend, von Geburt an kräftig und gesund gewesen war, im Sommer 1886 die Masern leicht überstanden hatte, im Winter an Keuchhusten erkrankt war, nachdem 2 ältere Geschwister an der gleichen Krankheit gelitten hatten. Die Hustenanfälle waren bei dem Knaben nicht schlimm gewesen, sie waren nur am Tage aufgetreten, doch hatte sich die Krankheit in die Länge gezogen und erst seit 14 Tagen hatte der Husten ganz aufgehört. Vor 6 Wochen hatte die Mutter bemerkt, dass die Finger der linken Hand über dem Daumen eingeschlagen waren und dass das Kind die linke Hand nicht benutzte. Erst später war aufgefallen, dass der linke Fuss beim Gehen am Boden schleifte, und erst in den letzten Tagen, dass das Gesicht schief war. Mit grosser Bestimmtheit versicherte die Mutter, dass die Lähmungserscheinungen sich ganz allmählich eingestellt und stetig zugenommen hatten, dass nie Krämpfe, oder Ohnmacht, oder Erbrechen, Fieber, Zeichen von Kopfschmerz beobachtet worden waren. Dagegen hatte sich zugleich mit der Lähmung eine auffallende Veränderung des Betragens gezeigt. Der früher muntere und artige Knabe war mürrisch und unleidlich geworden und hatte schliesslich fast den ganzen Tag geweint. Dazwischen war er zeitweise mit rothem Gesicht und offenbar in grosser Erregung laut schreiend im Zimmer hin- und hergelaufen. Der Schlaf war unruhig gewesen, war durch Aufschrecken und Weinen unterbrochen worden.

Es bestand totale linkseitige Hemiparese. Der Speichel lief aus dem herabhängenden linken Mundwinkel. Die Zunge wurde zwar ziemlich gerade herausgestreckt, bei wiederholter Untersuchung aber ergab sich, dass die Zunge zwar nach rechts gut bewegt werden konnte, beim Versuche sie nach links zu wenden, aber nicht über die Mittelstellung hinaus gelangte. Forderte man das Kind auf, die Zunge in den linken Mundwinkel zu legen, so erfasste es dieselbe mit der rechten Hand und schob sie nach links. Die Bewegungen der Augen waren vollkommen normal. Der linke Arm wurde in der bei Hemiplegischen gewöhnlichen Beugestellung gehalten, die Finger waren über dem Daumen eingeschlagen. Geringe Steifheit im Schulter- und Ellenbogengelenk, grössere im Handgelenk. Das Bein war im Knie gestreckt, der Fuss war in leichter Varoequinusstellung. Der Gang glich ganz dem eines erwachsenen Hemiplegischen, das gestreckte Bein

wurde in nach aussen convexen Bogen vorwärts bewegt, die Fussspitze schleifte am Boden. Die Sehnenreflexe waren an der linken Seite gesteigert, Cremasterreflex und Bauchreflex waren auf dieser Seite erloschen. Eine Störung der Empfindlichkeit schien nicht zu bestehen. Der Urin enthielt keine krankhaften Bestandtheile. Das Kind weinte fortwährend und machte dabei ein auffallend finsteres Gesicht.

Es wurde Bromkalium verordnet (früh u. abends je 1,5 gr). Ausserdem passive Bewegungen der gelähmten Glieder. Am 21. Juli berichtete die Mutter, der Knabe schlafe gut, weine zwar noch viel, sei aber ruhig und stundenweise heiter. Die willkürliche Beweglichkeit der Glieder war zweifellos grösser geworden. Am 11. August konnte man das Kind zum Lachen und Sprechen bringen. Die Sprache war allerdings ein schwer verständliches Lallen, doch wurden alle Fragen richtig beantwortet. Nach Aussage der Mutter war vor der Erkrankung die Sprache ganz anders, vollkommen deutlich gewesen. Doch hatte das Kind während der ganzen Krankheit alles richtig verstanden und war nie um das richtige Wort verlegen gewesen. Das Kind sei zwar noch reizbar und weine jeden Morgen im Bett ohne Ursache, schlafe aber gut und sei den Tag über ziemlich heiter. Die Bewegungen der linken Hand waren deutlich atactisch, der Gang rascher und sicherer als früher, aber noch von dem oben beschriebenen Charakter. Seitdem ist der Zustand ungefähr derselbe geblieben. —

Das Ungewöhnliche bei dieser Beobachtung ist zunächst, dass bei einem Kinde eine totale Hemiplegie ohne Insult sich *allmählich* entwickelt. Man beobachtet dies recht selten. Ebenso auffallend ist die oben geschilderte Zungenparese, mit welcher wohl die zweifellose Anarthrie in Zusammenhang steht. Endlich finden wir eine der Motilitätsstörung parallel gehende Seelenstörung, welche man vielleicht als Melancholie bezeichnen darf. Eine sichere anatomische Diagnose ist natürlich nicht möglich. Am ehesten möchte ich an Sklerosirungsvorgänge im Gehirn denken. Die Beziehung der cerebralen Läsion auf den vorausgehenden Keuchhusten drängt sich von selbst auf. Man kann entweder annehmen, dass der Keuchhusten eine Schwäche gegen das die Hirnerkrankung bewirkende Agens verursacht habe, wie ja die cerebrale Kinderlähmung nach verschiedenartigen acuten Infectionskrankheiten beobachtet worden ist. Oder man kann als Ursache der Gehirnkrankheit ein während des Keuchhustens entstandenes Toxin vermuthen.

E m m i n g h a u s (die psych. Störungen im Kindesalter. Nachtrag II zu dem Handbuch d. Kinderkrankheiten von C. G e r h a r d t. 1887. p. 49) sagt: „Eine besondere Stellung unter den Krankheiten nimmt der Keuchhusten ein, von welchem hinlänglich bekannt ist, dass er mit sehr leichtem Fieber verläuft und oft genug Veränderung der Stimmung, mürrisches, reizbares Wesen, Angstzustände mit sich bringt, welche im 3. Stadium verschwinden. Eigentliche Psychosen sind ebenfalls bisweilen als Folgen dieser Krankheit beobachtet worden“.

E. citirt nun eine Beobachtung Meschede's (Allg. Zschr. f. Psych. XXX. p. 84), nach welcher ein 5³/₄ j. Mädchen nach heftigem Keuchhusten „die ersten Symptome geistiger Störung hatte wahrnehmen lassen"; ferner einen Fall Möller's (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XIII. p. 204): Ein 12 j. erblich belastetes Mädchen, welches seit ³/₄ J. an „Nervenzucken" gelitten hatte, erkrankte während eines Keuchhustens an hallucinatorischer Verrücktheit, zu welcher sich später Anfälle von Einschlafen u. s. w. gesellten und welche z. Z. der Veröffentlichung noch andauerte; endlich die früher (in Nro. 5) schon erwähnten Fälle Ferber's: 1) 7 j. erblich belasteter Knabe, schon früher melancholisch gewesen. Im Keuchhusten Psychose, die sich der kindlichen Hysterie unterordnete. Heilung. 2) 5 j. Mädchen. Im Keuchhusten ähnliche Psychose wie im ersten Fall. 3) 9 j. Mädchen. Im Keuchhusten erhebliche Verstimmung.

Wie man sieht, sind die vorhandenen Beobachtungen durchaus nicht gleichartig. In mehreren derselben scheint der Keuchhusten nur eine Nebenrolle gespielt zu haben. Von Lähmung ist in diesen Fällen nicht die Rede. —

II. Original-Vereinsberichte.

Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden vom 18.—24. September 1887.

Von Dr. L. Goldstein in Aachen.

(Schluss.)

I. Section für Neurologie und Psychiatrie.

3. Tag. Vorstizender Herr Schroeter (Eichberg).

545) **Auerbach** (Frankfurt a. M.): *Die lobi optici der Knochenfische.*

Vortrag. erläutert die Resultate seiner Studien über die lobi optici der Forelle mit Hinweis auf einige instructive Zeichnungen. ohne welche die Ausführungen schwer verständlich erscheinen. Wir geben daher nur einige kurze Andeutungen. Man unterscheidet an den lobi optici eine Basis und ein Dach. An der Basis findet sich eine continuirliche Schicht nervösen Gewebes, durchkreuzt von Nervenfasern, durch welche Bündel von markhaltigen Fasern ziehen. Das nervöse Gewebe besitzt eine innere Schicht undifferenzirbarer polygonaler Zellen und eine äussere Lage von Nervengewebe. Die Sehnerven bilden in ihrem vorderen Theile die zierliche Figur einer Lyra, ihre Fasern enden zum grössten Theil in der mit anastomosirenden Ausläufern und deutlichem Kern versehenen Zellen des Daches. Wir können von vorderer und hinterer Wurzel der Sehnerven in so fern reden, als sich zwischen beiden eine graue Masse einschiebt, die sie derartig trennt, dass die hintere Wurzel stark nach rückwärts gebogen wird. Sie löst sich in ein Fasernetz auf, das sich an der grauen Substanz des Daches betheiligt. Die hinter dem Sehnerven gelegene Commissur ist eine echte Commissur, keine Kreuzung. Der hintere Theil dieser Commissur bildet sich aus der formatio reticularis, welche

sich aus 4 Bestandtheilen zusammensetzt. Es betheiligen sich daran einmal Endfaserungen der hinteren Längsbündel, dann ein Fascikel aus dem Kleinhirn stammend, ferner einzelne Abzweigungen, die aus den hinteren Wurzeln des Sehnerven stammen und endlich Züge, welche einem System angehören, das von dem basalen Grau herkommt. Letzteres ist das tectobasale Associationssystem. Das ganze System erhält keinen direkten Zuschuss aus dem Sehnerven. Dic lobi optici bilden eine centrale Stelle des Gesichtssinnes und sie zeigen, dass Reflexe sich in ihnen abspielen müssen.

516) **Arndt** (Greifswald): *Ueber graphische Darstellung des Verlaufs der Psychosen.*

Die Psychosen sind Funktionsstörungen. Die Funktionen hängen ab von molecularen oder atomistischen Veränderungen der Zellen. Mit dem blossen Nachweis, dass die Zellen andere geworden sind, haben wir aber noch nichts erreicht. Warum die Funktion gerade in dieser und nicht in anderer Weise abgeändert ist, werden wir durch eine grobe Zellenveränderung nicht bestimmen können; das können wir vielmehr nur durch die Veränderung des Protoplasmas selbst und diese muss die pathol. Anatomie uns noch lehren. Wir halten uns daher zunächst an die Gesetzmässigkeit, nach welcher die Psychosen sich entwickeln, verlaufen und endigen.

Nach Kahlbaum's Beobachtung entsteht jede Psychose mit einer Melancholie, geht durch eine Manie hindurch zur zweiten Melancholie oder zum mehr oder weniger tiefen Stupor über und aus diesem erfolgt erst die Rückkehr zur Norm oder zur Unheilbarkeit. Es kann sich jeder davon leicht überzeugen, dass ein grosser Erregungszustand abnormer Art niemals plötzlich entsteht. Die Psychosen folgen dem Erregungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven. Die Erregbarkeit der kranken Psyche ist erst relativ, dann absolut erhöht; danach zeigt sie sich vermindert, aufgehoben oder doch beinahe aufgehoben. Wie der kranke Nerv sich erholen und wieder gesunden kann, so auch die kranke Psyche, die doch nur ein Ausdruck des kranken Nervensystems und des psychischen Organs im Besonderen ist.

Die Irrenanstalten, welche einen strengen Verwaltungsstandpunkt inne zu halten haben,. bieten nur selten Gelegenheit, eine Psychose im Anfange ihrer Entwicklung zu beobachten. Mit Vortheil benutzt man zum Studium des beginnenden abnormen psychischen Lebens die Kneipe. Wenn das labile Individuum durch den Alkohohol noch labiler gemacht ist, zeigen sich die Anfänge der seelischen Störung.

Obgleich nun ein und dasselbe Gesetz alle Psychosen beherrscht, erscheinen sie doch im gegebenen Falle höchst verschieden. Dazu kommt noch, dass die einzelnen Stadien sehr mannigfach entwickelt, sehr verkürzt oder verlängert, gemildert oder verstärkt sein können. Ferner wird die Verschiedenheit der Psychosen noch vermehrt durch das Naturell der Kranken, ihr Temperament, ihren Charakter, ihre ganze Constitution.

Um nun das Gesetzmässige, das alle Psychosen trotz ihrer zahllosen Verschiedenheit beherrscht, deutlich zu machen, hat Vortrag. den Weg der *graphischen* Darstellung eingeschlagen. Das Princip, nach welchem die Tafeln angefertigt sind, ist folgendes:

Von einem von zwei Linien begrenzten Raume, der die Breite der Gesundheit darstellt, in dessen Mitte eine dritte Linie, die Indifferenzlinie liegt, befinden sich nach rechts und links oder auch nach oben und unten ebenfalls von Linien eingegrenzt, eine Anzahl von Räumen. In dem Raume, der die Breite der Gesundheit darstellt, bewegen sich von der Indifferenzlinie aus die gesunden Handlungen, nach rechts oder unten die Handlungen melancholischen, nach der andern Seite, links oder oben, diejenigen maniakalischen Charakters. Um die Art und Stärke der krankhaften Handlungen zu bestimmen, tragen die Räume, in denen sie sich bewegen, gradweise verschiedene Bezeichnungen. In bestimmten Zeiträumen werden die markanten Handlungen verzeichnet, die einzelnen Daten durch Striche verbunden und so entsteht eine Curve, welche den Verlauf der Psychosen angibt. Diese Curve bewegt sich auf einem schraffirten Hintergrunde, der die Stimmungen zum Ausdruck bringt. Die individuellen Verhältnisse des Kranken, seine Constitution, beziehungsweise Constitutionsanomalien werden durch eine verschiedene Färbung des Hintergrundes angedeutet.

Man findet stets, dass zuerst die Curve nach der melancholischen Seite absinkt, dann nach der maniakalischen ansteigt, sodann wieder nach der melancholischen sinkt, um schliesslich nach der Breite der Gesundheit sich zu erheben. Nur die abortiven Formen bleiben immer unter der Breite der Gesundheit. Die Hauptsache aber ist, dass man deutlich auf diese Weise ein Bild von der Gesetzmässigkeit der Verlaufes der Psychosen erhält. In Bezug auf noch nähere vom Vortrag. gegebene Details sei auf die Schrift: Der Verlauf der Psychosen von Arndt und Dohm (Urban und Schwarzenberg, Wien 1887) verwiesen.

547) **O. Müller** (Blankenburg a. H.): *Ueber die initialen Formen der Psychosen.*

Vortrag. schildert den Anfang der Psychosen, wie sie aus dem Breitengrade der Gesundheit heraus sich zu entwickeln pflegen. Gewisse trophische Störungen, welche die Energie des Nervensystems schwächen, behindern zunächst die sensible und endlich auch die psychomotorische Sphäre. Es entsteht ein psychischer Ermüdungszustand, eine primäre Psychasthenie. Erbliche Momente, psychische Defecte etc. trüben natürlich die bis jetzt noch immerhin günstige Prognose. Je länger das Leiden besteht, desto mehr entwickelt es sich schliesslich zur wirklichen Psychose. Hinsichtlich der Behandlung sei vor allem Ruhe, unter Umständen sogar wochenlange Bettruhe nothwendig. Gute Luft, geeignete Ernährung, sorgfältige ärztliche Beaufsichtigung sei nothwendig, bis die Erregung des Nervensystems abnehme. Massage laue Bäder, Regulirung der Darmthätigkeit u. s. w. unterstützen aufs günstigste die Cur. Narcotica seien möglichst zu vermeiden, da sie nur vorübergehenden Erfolg erzielen.

Discussion. Mund (Dresden) will nicht als günstig für die Neurastheniker zugeben, dass sie vollständig arbeitslos sind. Auch seien die Hypnotica insofern von Nutzen, dass z. B. nach einmaliger Gabe z. B. des Chlorals die Schlaflosigkeit für immer gehemmt werde.

Laquer (Frankfurt a. M.) wirft die Frage auf, was mit den Kranken, die im initialen Stadium bei Dementia paralytica sich befinden, anzufangen sei. Die Nerven- resp. Kaltwasserheilanstalten wollen sie nicht haben.

Müller wollte nur den längeren Fortgebrauch der Narcotica tadeln. Paralytiker im ersten Stadium können wohl in einer offenen Curanstalt Aufnahme finden, sie könnten event. in der Nähe der Anstalt leben.

Jehn (Merzig): Im Gebrauch der Narcotica thut man gut, nach Pelman zu verfahren. Er gab ein Hypnot. nie mehr als einen Tag, überschlug dann mehrere, um dann wieder damit zu beginnen. Paralytiker gehören sofort in eine Irrenanstalt.

Eulenburg (Berlin). Paralytiker sind nicht in offene Anstalten zu schicken, sondern, wenn eben möglich, sofort in eine geschlossene Anstalt.

548) **Meschede** (Königsberg): *Therapeutische Mittheilungen.*

Vortrag. bemerkt zur Therapie der *paralytischen Geistesstörung*, dass die Praesumption der Unheilbarkeit für die frischen Fälle nicht zutrifft. Er führt 4 Fälle an, die deswegen besonders erwähnenswerth sind, weil die Dauer der Heilung noch nach 5—15 Jahren zu constatiren war. Die Behandlung war eine antiphlogistische. Locale Blutentziehungen, Blutegel, tart. stibiat. in refract. dos. kamen zur Anwendung. Bei den 2 letzten Fällen war der Grössenwahn nach der lokalen Blutentziehung wie abgeschnitten. Uebrigens sei das von ihm empfohlene therapeutische Verfahren im Einklang sowohl mit dem, was wir über die Pathologie der betr. Krankheit wissen, als auch mit den jüngsten Versuchen Mendel's über die Anwendung der Centrifugalkraft auf die Hundegehirne und die dadurch erzeugte Hyperaemie. —

Zur *Cocainpsychose* erzählt Vortr. von einem Referendar, der sich plötzlich als Bock fühlte, Sprünge machte, Zustände krankhafter Geilheit zeigte, Angriffe auf die Wärterin unternahm etc. Dieser Zustand trat bei ihm auf, als Cocain gegeben wurde und verschwand mit dem Aussetzen des Mittels.

Schliesslich berichtet Vortrag. über eine acute *Atropinpsychose*, bei welcher Eserin mit grossem Nutzen angewendet war.

Discussion Paetz (Alt-Scherbitz): Grössenwahnideen treten ohne Blutentziehung oftmals ganz ohne Behandlung zurück. Er vermisst bei den Fällen des Vortrag. den strikten Beweis, dass es sich um Paralyse gehandelt.

Meschede betont nachträglich das Vorhandensein paralytischer Symptome.

Auerbach (Frankfurt a. M.) ist die Diagnose ebenfalls zweifelhaft.

Müller hat negative Erfolge bei Blutentziehungen zu verzeichnen.

Werner: Es fehle in M.'s Fällen die Sprachstörung.

Arndt: Steht denn der Begriff „progress. Paralyse" so ganz fest? Es ist ein Symptomencomplex, der aus sehr verschiedenen Verhältnissen hervorgeht. Es handelt sich wohl dabei um eine Atrophie der nervösen Substanz. A. hat die Ansicht, dass letztere sogar primär entstehen könne und die entzündlichen Processe secundärer Natur seien.

Jehn macht auf die Trennung in „folie paralytique" und eigentlicher Paralyse, wie sie Baillarger vorgenommen, aufmerksam.

II. Aus der Section für Physiologie.

549) **Gad** (Berlin): *Zur Physiologie und Anatomie der Spinalganglien* (nach gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Joseph ausgeführten Untersuchungen).

Misst man die Reflexzeiten bei Reizung des Vagus peripher und central vom Ganglion jugulare (beim Kaninchen), so ergiebt sich ein merklicher Unterschied: die centripetale Leitung der Erregung findet im Ganglion einen Aufenthalt, der auf den Durchgang durch nervöse Schaltstücke bezogen werden muss. Dass Nervenzellen des Spinalganglions in der That in centripetale Leitungsbahnen eingeschaltet sind, lässt sich also durch zeitmessende Versuche an einem Objekt erhärten, an welchem sich auch die Degenerationserfolge nach Excision, sowohl histologisch als functionell prüfen lassen. Diese Prüfung ergab, dass auch hier nur die centripetalen Leitungsbahnen in ihrer morphologischen und functionellen Intaktheit von dem Zusammenhang mit dem Ganglion abhängen. Der trophische Einfluss auf die centripetalen Leitungsbahnen ist wahrscheinlich die einzige Function dieser Nervenzellen des Ganglions, wenigstens ergaben die meisten Prüfungen auf reflectorische Wirksamkeit derselben negativen Erfolg nur in Bezug auf den Nerv. depressor lässt sich noch kein endgiltiges Urtheil abgeben. Um ihre trophische Function dauernd erfüllen zu können, scheinen die Ganglienzellen der ihnen von der Peripherie zugeleiteten Erregungen zu bedürfen.

III. Referate und Kritiken.

550) **Max Flesch** (Bern): Versuch zur Ermittelung der Homologie der Fissura parieto-occipitalis bei den Carnivoren. (Sonder-Abdruck aus: Festschrift für A. v. Köllicker.) (Leipzig, Verlag v. Wilh. Engelmann 1887.)

Verf. Untersuchungen wurden angestellt, um die grosse Lücke in der Vergleichung der Gehirnoberfläche bei Carnivoren und Primaten einigermassen auszufüllen. Das Ergebniss derselben gipfelt in den Sätzen:

1) Die Parieto-occipitallspalte erreicht bei den niederen Affen ihre grösste Ausdehnung auf der Convexität des Gehirnes.

2. Am Gehirne des Bären ist die Parieto-occipitalspalte als Abzweigung der mittleren Bogenfurche angelegt.

3) An Carnivoren-Gehirnen mit vollständiger Ausbildung der drei Bogenfurchen fehlt die Fissura parieto occipitalis.

4) Die Ausbildung der Parieto-occipitalspalte steht in direkter Wechselbeziehung zu dem Schwinden der oberen Bogenfurche, zu der Umbildung eines Theiles derselben zur Centralspalte und zu einer Rückbildung des Sulcus cruciatus. Goldstein (Aachen).

---

551) **Catharina Jwanowna von Kompaneiskaja von Kowalenskaja** (Kertch-Russland): Beiträge zur vergleichenden microscopischen Anatomie der Hirnrinde des Menschen und einiger Säugethiere. (**Berner Dissertation und Mittheilungen der Berner naturforschenden Gesellschaft 6. November 1886.**)

Es ist das Bestreben Flesch's, anatomische Grundlagen für die funktionellen Verschiedenheiten der Grosshirnrinde aufzufinden, oder doch wenigstens der bislang unberührten Frage, ob überhaupt die specifischen Leistungen der grauen Nervensubstanz an bestimmte morphologische Anordnungen sich binden, einigermassen näher zu treten. Unter seiner Aegide entstand nun auch diese kleine Arbeit, welche die Frage selbstverständlich nicht zum Abschluss, uns aber doch vielleicht einen kleinen Schritt vorwärts bringt.

Auf Methode der Untersuchung, Versuchsanordnung etc. können wir hier nicht näher eingehen, begnügen uns vielmehr damit, die gefundenen Thatsachen zu verzeichnen.

Für den *Occipitallappen*, der bekanntlich mit dem Sehorgane in Zusammenhang gebracht wird, wurde constatirt, dass derselbe bei allen untersuchten Thieren (Katze, Hund, Affe, Mensch) ein höchst charakteristisches und gleichartiges Aussehen zeigt. Ueberall finden sich drei zellenhaltige, durch zellenärmeres Gewebe gesonderte Schichten. Die einzige Differenz betrifft die Vertheilung der kleinen Pyramidenzellen zwischen den Rundzellen, der kein zu grosses Gewicht beizulegen ist.

In den *Centralwindungen* des Menschen und des Affen — im sog. motorischen Gebiete — finden wir in der vorderen Wand bei undeutlicher Schichtung ein höchst charakteristisches Aussehen, gegeben durch die Existenz der Riesenpyramiden. Gemeinsam ist beiden die Grössenzunahme der Pyramidenzellen von der Oberfläche zur Tiefe. (Betz). Zu vergleichen ist damit die Umgebung des Sulcus cruciatus, sowie des Sulcus coronalis der Carnivoren. Die Schichtung am Sulcus cruciatus zeigt bei Hund und Katze kleine Differenzen. Uebereinstimmend ist sie jedoch in der Aufeinanderfolge grosszelliger Elemente in den mehr oberflächlichen Lagen, dicht gedrängter Zellen in der Tiefe. Auch hier ist aber wieder die Existenz der grossen Pyramiden in der einen Wand charakteristisch. Die histologische Uebereinstimmung mit dem am medialen Ende der Centralspalte gelegenen Hirnrindengebiet kann demnach als bewiesen angenommen werden.

Trotz kleiner Verschiedenheiten in der Umgebung des Sulcus coronalis bei Hund und Katze steht doch fest, dass auch dieses Gebiet den Centralwindungen sehr nahe steht.

Die Fissura suprasylvia wurde bei der Katze, der Scheitellappen beim Affen untersucht. Es finden sich nicht unbedeutende Differenzen. Ein Grundzug ist aber bei den Gebieten gemeinsam: die Theilung der zellhaltigen Region in mehrere Lagen durch eine relative Abnahme der Zellen in der Mitte, so dass hier die Zwischensubstanz überwiegt, während unter der Gliaschicht und in der Nähe der weissen Substanz reichliche Zellen gelagert sind.

Beim *Schläfenlappen* wurden erhebliche Differenzen gefunden. Im Ganzen übereinstimmend finden sich die Umgebung der oberen Schläfenfurche beim Menschen und Affen.

Endlich hat sich Verf. noch mit der *lateralen Stirn-* und *vorderen Inselwindung* beschäftigt. Der Opercularttheil der lateralen Stirnwindung zeigt einen characteristischen Bau in Bezug auf Zahl und Anordnung der Pyramiden. Sehr auffällig ist die Differenz zwischen rechter und linker Seite des Individuums, allerdings nur an einem Gehirne untersucht. Für die Insel konnte kein eigenartiger Typus gefunden werden.

Aus alledem folgt, dass bestimmte physiologisch vergleichbare Stellen, so der Occipitallappen, die Umgebung der oberen Schläfenfurche, die homologen Gebiete der motor. Sphäre eine übereinstimmende und wie es scheint, charakteristische Strukter zeigen. Der Satz Bellonci's „die Schichtung der reticulären Substanz und der concentrische Verlauf der Fibrillen sind allgemeine Eigenthümlichkeiten der nervösen Sehcentren (Retina, Tectum opticum der Vertebraten, Gangl. opticum der Cephalopoden)“ kann für die Säugethiere dahin erweitert werden, dass die Art dieser Schichtung bei dieser Region eine typische ist.

Neben dem von Betz betonten Vorkommen grosser Pyramidenzellen in den motorischen Regionen, wird auch hier (wie bei Betz) in der lateralen Stirnwindung eine Region gekennzeichnet, die neue und eigenartige Funktionen bei dem Menschen übernommen hat, es wird ein Bau gefunden, welcher für die Annahme spricht, dass seine Ausbildung in irgend welcher Beziehung zu jener Funktion stehen muss. Verf. glaubt aber dafür eintreten zu dürfen, dass functionelle Bedeutung und Struktur einer Hirnrindenregion in einem inneren Zusammenhang stehen. „Sollte es sich durch fortgesetzte Untersuchungen zeigen, dass functionelle Indentität bei verschiedenen Thieren nicht an Stellen gebunden ist, welche nach der Furchenanordnung als morphologisch gleichwerthig gelten, so müssen wir daraus entnehmen, dass das Auftreten der Furchen mit der physiologischen Bedeutung einzelner Hirnrindenbezirke nichts zu thun habe.“ Dass die Abgrenzung verschiedener Strukturen an gewissen Stellen eine scharfe ist, ist dabei von besonderem Interesse.

Goldstein (Aachen).

---

552) Bechterew: Zur Frage von den Bestandtheilen der hinteren Rückenmarksstränge. (Medizinskoje obosrenie 1887. Nro. 17. Russisch.)

Verf. wahrt, auf die Arbeit von N. M. Popow (cf. dieses Centralbl. Nro. 18) hinweisend, seine Priorität hinsichtlich der Entdeckung des zweifachen Ursprunges der Goll'schen Stränge, welche er in der 1. Lieferung des Mierszejewski'schen Boten für Psychiatrie von 1887 und in der anatomischen Abtheilung des Dubois-Reymond'schen Archivs von diesem Jahre veröffentlicht hat. B. hat über diesen Gegenstand bereits 1885 in der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft einen Vortrag gehalten, den Dr. Popow wahrscheinlich übersehen hat. In Betreff der Thatsache, dass die Fasern im innern Abschnitte der Goll'schen Stränge sich früher entwickeln, als die im äusseren, ist B. durch seine Untersuchungen zu Resultaten gelangt, welche von denen Popow's etwas abweichen. B. fand, dass beide Fasersysteme in den Goll'schen Strängen mit einander vermengt sind, doch sind die sich früher entwickelnden Faserzüge in der Nachbarschaft der hinteren Commissur, besonders an deren vorderem Theilě und im Allgemeinen in den vorderen Abschnitten der Goll'schen Stränge vorwiegend, während die später sich entwickelnden mehr im hinteren Theile der commissura posterior und den hinteren Abschnitten der Goll'schen Stränge gefunden werden. Am deutlichsten ist dieses am Halsmark zu sehen, an dessen Querschnitten die früher sich entwickelnden Fasern in der Nähe des vorderen Theiles der hinteren Commissur in Form eines schmalen Keiles auftreten, dessen Basis sich an die hintere Commissur anlehnt und zwischen zweien umgekehrt gelagerten Keilen liegt, welche von den später sich entwickelnden Fasern gebildet werden. Aber auch hier, sowie in den anderen Abschnitten des Rückenmarks sind beide Fasersysteme durchaus nicht scharf von einander geschieden, sondern mit einander vermischt. Zum Schlusse bemerkt B., dass auch in äusseren hinteren Theilen der Burdach'schen Stränge zwei Arten mehr oder weniger gleichmässig mit einander vermengter Faserzüge angenommen werden müssen, von denen der eine sich gleichzeitig mit dem Wurzeltheile der Burdach'schen Stränge entwickelt und offenbar mit diesem ein System darstellt, während der andere erst in einem späteren Alter sich mit Myelin umkleidet.

Hinze (St. Petersburg).

---

553) F. H. M. Burton (Rhamo, Burmah): Case of osteophytes of the arachnoid. (Ein Fall von Ostheophyten der Arachnoidea.)
(The Lancet. 28. Mai 1887.)

W. R. —, 27 Jahre alt, welcher über sechs Jahre in Indien als Soldat gedient und hier mehrere Male am Wechselfieber gelitten, wurde am 28. Novbr. 1886 dieserhalb in das Lazareth aufgenommen.

Bald darauf traten Convulsionen auf, unter welchen nach Verlauf von zwei Tagen der Tod erfolgte.

Bei der Section fand man 11 auf der Innenseite des Stirnbeins sitzende Exostosen, wovon einige, so gross wie eine Bohne, mit

ihrer unteren sehr rauhen und stachlichen Fläche auf beide Hemisphären drückten.

Da, wie B. bemerkt, keine der bekannten Ursachen (Syphilis, Puerperium) dieser Neoplasmen vorliegt, und da diese sich erst mit dem Eintritt der Krämpfe bemerkbar machten, so liegt die Vermuthung nahe, dass der Malariaprocess die chronische Entzündung des Stirnbeins verschlimmert und damit die verderbliche Hirnreizung bewirkt hat. Pauli (Köln).

554) **Lemoine:** Ueber cerebrale Blepharoptose. (Rev. de médic. Nr. 7. 1887.)

Seit den Untersuchungen von Grasset (Progr. médic. 1876. p. 406) und Landouzy (Arch. génér. médic. 1877) ist das Vorkommen von corticalen Blepharoptosen keinem Zweifel mehr unterworfen, hinsichtlich aber der Localisation dieser Affection gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren soweit auseinander, dass Charcot und Pitres einen Zusammenhang der Ptose mit der Läsion eines bestimmten Hirnrindenbezirkes leugnen, während Grasset und Landouzy die Affection in den Gyrus angularis (pli courbe) verlegen. Der von L. mitgetheilte Fall spricht für die letztere Ansicht.

43jähriger Glaser wird am 10. Juli 1883 in das Asyl zu Armentières aufgenommen, wo er am 3. Februar 1887 stirbt. Etwa 6 Monate vor seiner Aufnahme erlitt er während der Arbeit einen apoplektischen Anfall mit kurzdauerndem Bewusstseinsverlust und neben Vertauben der ganzen linken Körperhälfte Ptose des rechten Oberlides. Bei der Untersuchung war ausser der Lähmung des levator palpebrae eine leichte Abweichung des bulbus nach aussen zu constatiren, die Augenmuskeln bewegen sich normal und führen die associirten Bewegungen prompt aus, die etwas enge rechte Pupille ist von demselben Durchmesser, wie die linke, kein Exophthalmus. Arteriosklerose, präsystolisches Spitzengeräusch und deutliche Spaltung (dédoublement) des 2. Tones bei sonst guter Gesundheit, Schwächung des Gedächtnisses und des Willens, Apathie und Alulie.

Am 27. Januar 1887 apoplektiformer Anfall und Verlust des Bewusstseins und linksseitiger Hemiplegie; das Bein schlaff, der Arm in Flexionscontractur, der rechte Arm gleichfalls in Contractur, aber weniger als der linke, das rechte Bein gesund, der Patellarreflex fehlt links, ist rechts etwas erhöht, keine Veränderung am stark injicirten Gesichte, tiefes Coma, Harnincontinenz, Herzstoss sehr schwach, das präsystolische Geräusch nicht, die Spaltung des 2. Tones sehr deutlich zu hören. Am 2. Februar zweiter apoplektischer Anfall mit Verstärkung der Contractu.en, Tod am 3. Februar. Die *Section* ergab Stenose und Insufficienz der Mitralis, Aortenklappen sind normal, die Aorta selbst atheromatös. Die dura mater sehr verdickt und längs des sinus longitudinalis super. dem Schädeldache sehr anhaftend, auf der pia zerstreute kleine undurchsichtige Flecke. Auf der linken Grosshirnhemisphäre, in der Höhe des oberen Theiles der hinteren Centralwindung ein 10 Sous breiter frischer hämorrhagischer Fleck,

welcher einem hämorrhagischen Herde auf der anliegenden Hirnrinde entspricht, auf der rechten Hemisphäre ein kleiner hämorrhagischer Punkt auf der zweiten Stirnwindung. Die Venen auf der ganzen Gehirnconvexität sind sehr stark inijcirt, der Stamm der Basilaris zeigt kurz vor der Bifurcation eine atheromatöse Plaque. Auf dem lobus angularis sinister ist eine leichte, mehr fühl- als sichtbare Depression vorhanden, welche sich auf dem Schnitte als erweichte Masse ausweist, welche ziemlich genau den lobus angularis einnimmt und in der Längsrichtung sich vom Ende der Sylvi'schen Furche bis zur Fissura interparietalis erstreckt, mithin in der Richtung der ersten Stirnwindung verläuft und eine ungefähre Eiform hat. Dieser Erweichungsherd ist alt, enthält eine gelblich weisse, gekochtem Fleische ähnliche Masse, welche sich leicht durch den Wasserstrahl entfernen lässt. Die durch Verdickung der benachbarten grauen Substanz gebildeten Ränder sind gut begrenzt, der ganze Herd liegt sehr oberflächlich und ist von der Aussenfläche des Gehirns durch eine dünne Schicht grauer Substanz geschieden und erreicht kaum die oberflächlichen Regionen der weissen Substanz. Das übrige Gehirn normal.

Epikrise. Aus dem Vorhergehenden sieht man, dass hier ein Fall von Blepharoptose vorliegt, deren Ursache im Erweichungsherde des lobus angularis sich befindet, denn die beiden frischen hämorrhagischen Herde in der linken hinteren centralen und zweiten rechten Stirnwindung sind die Ursachen der beiden apoplektiformen Anfälle gewesen. Diese Beobachtung stützt also die Theorie von Landouzy, womit aber nicht gesagt werden soll, dass das Centrum für die Bewegung des oberen Lides im Gyrus angularis gelegen sei, es ist nur damit constatirt worden, dass Ptose eine Folge der Verletzung des gyr. angularis sein könne. Diese Frage kann nur durch eine grössere Reihe von Beobachtungen entschieden werden, was aber noch in weitem Felde liegt, da eine sorgfältige Kritik der in der Literatur verzeichneten Fälle durch Charcot und Pitres, Surmont (de la blépharoptose d'origine cérebrale Th. de Lille) und Verf. nur *eine* einwurfsfreie Beobachtung auffinden liess.

Fall 1. (Grasset.) 26jähriger Mann wird im tiefsten Coma ohne Lähmungserscheinungen in's Hospital aufgenommen, bietet am folgenden Tage eine Ptose des linken Oberlides dar und stirbt einen Tag später. *Section.* Starke Injection der dura, welche sehr fest ist, diffuse Convexitätsmeningitis beider Hemisphären, auf der rechten Hemisphäre breite hämorrhagische Plaques am Ende der scissure parallile (Sulcus temporalis superior) auf ihr und den beiden, sie begrenzenden Windungen reitend, ohne den gyrus angularis zu erreichen Nach Abhebung der Meningen trifft man an dieser Stelle eine besondere Anhäufung von weisslichem Exsudat inmitten eines stark hyperämischen Gefässflechtwerks, die darunter liegende Gehirnsubstanz ist viel blutreicher, als das übrige Gehirn.

Fall 2. (Landouzy.) Bei einem Cartonarbeiter, der am Typhus in der Abtheilung von Hardy starb und eine linksseitige Ptose dargeboten hatte, fand sich bei der Section unter der pia eine erbsen-

grosse Geschwulst vom Ansehen eines Glioms, welche im mittleren Theile dez lobulus parietalis super. dexter sass.

Fall 3. (Chauffard.) Atheromatöser Kellner mit hypertrophischem und dilatirtem Herzen wird in die Abtheilung von Prof. Jaccoud wegen langsamer, zunehmender Asystolie aufgenommen, an welcher er zu Grunde geht; 3 Tage vor dem Tode treten vollständige Blind- und Taubheit, sowie unvollständige linksseitige Ptose auf. *Section.* Rother, kreisförmiger 5 Silberfrancs grosser Erweichungsherd im unteren Scheitellappen und dem lob. angularis, welcher nach oben bis zur scissura interparietalis, ohne sie zu überschreiten, reicht, nach unten auf dem sulc. temporalis super. und den diesen umgebenden 1 und 2 Temporalwindungen reitet und die graue Substanz der Windungen vollständig, die weisse ein wenig zerstört hat.

Fall 4. (Wannebroucq-Surmont.) Ein scharf betrunkener Mann stürzt sich in selbstmördischer Absicht in's Wasser; nachdem er gerettet und in's Hospital gebracht worden war, zeigte er 1) vollständige rechtsseitige Blepharoptose, 2) Herabhängen des rechten Mundwinkels und 3) Rotation des Kopfes nach rechts, welche nicht zu redressiren war; am folgenden Tage Tod. *Section.* Normaler Schädelinhalt ausser einer hämorrhagischen, 4 Centim. langen, 3 Cent. hohen plaque in der Richtung der Sylvi'schen Furche sich erstreckend. Bei Entfernung der pia wird eine Adhärenz derselben an der erkrankten Stelle mit der Gehirnsubstanz, welche in erweichten Fragmenten mitgenommen wird, constatirt. Die Rinde an dieser Stelle ist hortensiafarbig und stellt eine deutliche hämorrhagische Punctirung dar; die Läsion umfasst die obere Hälfte der ersten Schläfenwindung, die untere Hälfte des unteren Scheitellappens und den vorderen Abschnitt des Gyrus angularis und greift etwas auf den untersten und hintersten Abschnitt der vorderen Centralwindung über; sie ist ganz oberflächlich und greift die weisse Substanz nicht an.

Zum Schlusse bemerkt L., dass nach allen in der Literatur verzeichneten (bei Surmont 50) Daten die Blepharoptose offenbar von einer Läsion des gyrus angularis abhängt, dass aber wegen der geringen Anzahl charakteristischer Fälle eine genaue Localisation zur Zeit unmöglich sei.

(Nohtnagel (Topische Diagnost. p. 442) sagt kategorisch, „dass er die Abhängigkeit einer Ptosis von Läsion der Parietalwindungen noch nicht für bewiesen erachten kann". Ref.)

Hinze (St. Petersburg).

---

555) **Kojewinkoff** (Moscau): Ophthalmoplégie nucléaire. (Ueber Nuclearlähmung.) (Progrès médical 1887. Nro. 36, 37.)

Martin P., verabschiedeter Sergeant, 45 Jahre alt, ohne luetische Infection, kein Trinker, fiel im April 1885 von einer Höhe von 3 Meter herab mit dem Hinterkopfe auf einen Balken. Kein Bewusstseinsverlust, nur ein Gefühl im Kopfe „wie benebelt", keine äussere Verletzung, 14 Tage lang hinterher Kopfschmerzen. Während des Sommers starker Haarausfall, der im Herbste cessirte. Im September

auf dem linken Auge starke Photophobie, doch war das Auge nie geröthet, dann Doppeltsehen und linksseitiger Strabismus divergens. Im April 1886 dieselben Symptome rechts, wozu sich noch Ptosis gesellte. Zeitweilig geringe Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme (September 1886) bestand völlige Ptosis rechts, geringe links, Abweichung der Bulbi nach aussen und oben, sehr geringe Beweglichkeit derselben, starke Erweiterung der Pupillen, die sich sowohl auf Licht wie auf Accomodationsbewegung völlig reactionslos verhielten. Das rechte Auge emmetropisch, das linke myopisch. Augenhintergrund, Farbinsinn, Gesichtsfeld normal.

Bis heute keine besondere Aenderung der Symptome. Für den nucleären Sitz der Erkrankung spricht die Nichtbetheiligung der an der Gehirnbasis neben dem Oculomotorius verlaufenden Nerven, die theilweise Erhaltung der Motilität der Levat. palpebr. super. sinistri, trotz völliger Lähmung der übrigen Zweige der Nerven, ferner die symmetrische Lähmung der Augenmuskeln und der allmähliche gleichartige Verlauf auf beiden Augen.

Die der Nuclearlähmung zu Grunde liegenden pathologischen Processe sind mannigfaltig, es fragt sich, ob dieselbe nicht auch die Folge eines ähnlichen Vorganges sein kann wie die Systemerkrankungen des Rückenmarks. Für die chronischen Formen nimmt man es ziemlich allgemein an, obgleich diese Ansicht sich weniger auf pathologisch anatomische als auf klinische Beobachtungen stützt, ob es nun aber wie bei den Systemerkrankungen des Rückenmarks auch hier acute Formen giebt, wird bestritten. Wernicke hat 3 derartige Fälle als „Poliencephalitis superior acuta haemorrhagica" beschrieben, denen sich der folgende Fall K.'s anschliesst.

Victor G. Coiffeur, 41 Jahre alt, starker Trinker, erkrankte am 16. Februar 1886 mit Schwächegefühl in den Beinen, Gefühl von Schwere im Kopf, Gesichtshallucinationen. In den nächsten Tagen Zunahme der Symptome, die Schwäche wuchs, Pat. musste sich legen, daneben Schwächegefühl in den Armen, Sehstörungen. Am 23. Februar Aufnahme in's Spital. Benommenheit, leichte psychische Erregung, Gesichtshallucinationen, Sehen von Thieren etc. Bewegungen der Beine sehr schwach, auch die Kraft in den Armen herabgesetzt, Ernährung der Muskeln sowie electrisches Verhalten normal. Kniephänomen, Cremaster- und Bauchreflex fehlen, Plantarreflex gesteigert. Sensibilität in geringem Grade herabgesetzt. Beiderseitige Ptosis, rechts stärker ausgesprochen, beide Bulbi nach oben und aussen abgewichen, ihre Bewegungen beschränkt. Pupillen mittelweit, gleich, reagiren auf Lichteinfall, eine weitere Untersuchung bei dem psychischen Zustande unmöglich. Koth- und Harnverhaltung. Tod am 25. Februar.

Bei der *Section* fanden sich Oedem der Pia, Hydrops der Ventrikel, Verdickung und Granulirung ihres Ependyms, ferner eine entzündliche Erweichung mit capillären Haemorrhagien (ramollitio cerebri rubra acuta), die sich genau auf die graue Substanz am Boden des IV., die Wände des III. Ventrikels und in die Umgebung des Aquae-

ductus Sylvii beschränkte und nirgends sich weiter in die Tiefe erstreckte.

Verf. kommt auf Grund des Sectionsbefundes zu der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine acute Systemerkrankung handle und hält damit ihr Vorkommen auch für das Gehirn erwiesen.

Holtermann (Sachsenberg).

---

556) Ch. Mercier: Coma. (Brain Jan. 1887.)

Die Definition des Coma durch Savory, es sei ein Zustand von Besinnungslosigkeit, aus dem der Kranke nicht völlig erweckt werden kann, zugleich mit einer Tendenz zu Tod besonders durch Asphyxie, ist der Ausgangspunkt der sehr interressanten Abhandlung Mercier's über Coma. Zunächst möchte M. für den Ausdruck „Besinnungslosigkeit“ „deutliches Fehlen des Bewusstseins“ setzen, denn es giebt Fälle von Geisteskranken, die als besinnungslos oder bewusstlos gelten, trotzdem aber wahrnehmen, was um sie vorgeht und später darüber berichten können. Richtig ist die Beobachtung, dass bei Coma der Tod durch Asphyxie droht, aber das Verhalten der Comatösen ergiebt noch eine Reihe von anderen wichtigen körperlichen Veränderungen. Die Athmung ist verflacht durch die ungenügende Arbeit der Athemmuskeln besonders der accessorischen, und so kommt hörbare Inspiration durch mangelhafte Erweiterung der Stimmritze, Schnarchen durch Schlaffheit des weichen Gaumens zu Stande. Alles dies erklärt sich dadurch, dass das respiratorische Centrum nicht kräftig genug fungirt, d. h. dass es einen stärkeren Anreiz zur Auslösung der Athembewegungen verlangt als sonst. Die Glieder sind nicht schlaff und die Pupillen nicht reactionslos, weil sie *gelähmt* sind. Das geht aus dem Verhalten bei geringeren Graden von Coma hervor. Beim tiefsten bewirken die stärksten Reize keine, bei geringeren leichte Reaction bei noch geringerem spärliche Abwehrbewegungen. Bei einem Grade, der nicht Coma genannt wird, aber hierher gehört, kann die Person sprechen, stehen, gehen, aber verwirrt, unsicher, taumelnd. Es sind also wie Hughlings-Jackson schon betont hat, zuerst die vom Willen controllirten Bewegungen, die ausfallen, erst in letzter Reihe die vom Willen unabhängigen, Athmung und Puls. Im Coma, das zu Tod durch Asphyxie tendirt, ist die Lähmung bereits bis zum vorletzten Stadium gelangt, das letzte ist Lähmung des Herzens. Ein untrügliches Zeichen für Coma, das heisst für den Grad der Lähmung, das den Namen Coma verdient, ist die abnorme Stellung der Augen, die divergirend, das eine nach oben, das andre nach unten gerichtet u. s. w. gefunden werden.

In allen Stadien des Comas geht also die Umflorung des Bewusstseins mit bestimmten graduell verschiedenen körperlichen Störungen einher. Die Probe macht Verf. an den Graden des Comas in Folge von Alcoholintoxication. Bei den geringsten Anfängen desselben sei „der Kopf nicht klar und die Hand nicht sicher“, das Antlitz geröthet (verminderte Gefässspannung), das Auge glänzend (vermehrte Secretion) der Puls schneller (veränderte Herzinnervation), die Haut feucht, kurz der

erste Schritt der langen Reihe zu Coma und Tod ist gemacht. Nicht dies oder jenes Centrum ist afficirt, sondern *die höchsten Centren*, die in mehr oder minderem Grade alle Körpertheile repräsentiren, sind in ihrer Function gestört. Die Bahn, welche die Localisationslehre anfänglich betreten hat, ist nicht richtig, denn man darf nicht annehmen, dass bestimmte Centren *ausschliesslich* die Function eines bestimmten Körpertheils leiten, sondern nur, dass gewisse niedere Centren *vorzugsweise* einen bestimmten Theil repräsentiren, aber auch vom übrigen etwas; von den höchsten Centren dagegen repräsentirt jedes einen grossen Theil des Organismus vorwiegend, einen noch grösseren in minderem Masse, den ganzen Organismus in gewissem Grade.

Bei Geisteskranken beobachtet man stets concomitirende physische Veränderungen. Der Geisteskranke ist nach Bucknill geisteskrank bis in die Fingerspitzen und nach Darwin bis in jedes Haar, denn die Geisteskrankheit ist nichts anderes als eine Erkrankung der höchsten Centren, und betrifft den *ganzen* Organismus. Daher erklären sich die wunderbaren körperlichen Veränderungen nach stürmischen Gemüthtsbewegungen und das zwingt zu der Anschauung, in denen die Ausführungen des Verf. gipfeln, dass Geisteskrankheit eine Form von Coma und Coma eine acutissime verlaufende Geisteskrankheit ist. Mercier schliesst seine Arbeit, die sich durch knappe, klare, zuweilen drastische Sprache auszeichnet, mit dem Hinweis darauf, dass beiden Processen das gleiche unabänderliche Gesetz zu Grunde liegt, das Gesetz der Auflösung: in der umgekehrten Reihenfolge, wie der Aufbau des Organismus stattfindet, erfolgt der Abbau. Matusch (Sachsenberg).

---

557) **G. Naumann** (Helsingborg): Sarcoma cerebri.
(Hygiea 1886. p. 760.)

Starker Schlag auf den Kopf, bei einem 21jährigen Manne; 9 Monate lang heftige Kopfschmerzen. Am Ende dieser Zeit hörte der Kopfschmerz auf, in der r. Schläfe erschien ein hühnereigrosser, gut abgegrenzter Tumor, Verlauf ganz symptomlos.

Operation: Fortnahme der infiltrirten Muskeln und des Periosts; der Tumor communicirt durch ein erbsengrosses Loch der Schläfenbeinschuppe mit dem Schädelinnern, dem nach Fortmeisseln einer Knochenpartie ein gleiches Loch in der Dura entsprach; der Tumor setzte sich in die Hirnsubstanz fort; die Operation wurde nach Constatirung dieses Befundes abgebrochen, Der Patient befand sich lange Zeit wohl und wanderte schliesslich nach Amerika aus.

Kurella (Owinsk).

---

558) **T. Davies Pryce** (Nottingham): A case of pervorating ulcers of both feet associadet with Diabetes und atasic symptoms. (Ein Fall von beiderseitigem Ulcus perforans pedis in Verbindung mit Diabetes und atactischen Symptomen.) (The Lancet 2. Juli 1887.)

Im vorstehenden Falle, der in Folge von Coma diabeticum letal endete, leitete zweifellos das Ulcus perforans seine Entstehung von

einer durch die Section festgestellten Degeneration der peripherischen Nerven beider Unterschenkel her, welche Alcoholmissbrauch und jedenfalls auch Diabetes mellitus bewirkt hatten.

Dass letzterer auch allein die Ursache des Ulcus perforans sein kann, geht daraus hervor, dass das Ulcus perforans in ganz augenfälliger Weise dem gangränösen Processe gleicht, den wir zuweilen bei Diabetes zu beobachten Gelegenheit haben. Pauli (Köln).

---

559) **V. Galippe** (Paris): La droiterie et la gaucherie sont-elles fonctions de l'éducation ou de l'hérédité? (Ist die Linkshändigkeit angeboren oder erworben?) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 115.)

Im Gegensatze zu Debierre, welcher die Linkshändigkeit als eine Folge gewisser Lebensgewohnheiten betrachtet, glaubt G. dieselbe auf Rechnung hereditärer Uebertragung setzen zu müssen.

Denn, sagt er, wäre D.'s Ansicht richtig, so würde sich die linke Körperhälfte eines ambidexteren Individuums immer auf Kosten der rechten stärker entwickeln, was jedoch niemals der Fall sei.

Vielmehr liege hier als causales Moment eine primordiale Abweichung vor, die darin bestehe, dass der Zustand, welchen man als vermehrte Energie aufzufassen pflege, anstatt die rechte Körperhälfte die linke einnehme.

Dass aber ein solcher Zustand wirklich existire, gehe daraus hervor, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen die Zähne der linken Körperhälfte in der Entwicklung zurückblieben und in Folge dessen häufiger erkranken, eine Behauptung, die auch Heydenreich bestätige, während bei einem mit beiden Händen gleich geschickten Individuum ein umgekehrtes Verhältniss platzgreife.

Pauli (Köln).

---

560) **A. Wide** (Stockholm): Om nerwtrykning. (Nervencompression zu therapeutischen Zwecken.) (Norskt. Medic. Arkiv. 1887 Bd. XIX. Nro 10.)

Seit Valleix's Entdeckung der Schmerzpunkte und Lings heilgymnastischen Proceduren bei Neuralgien ist Nervencompression öfter von Heilgymnasten als wirksam geschildert worden, in der Regel jedoch mehr bei constitutionellen (Chlorose, Hysterie) als bei Localleiden. Auch bei Magenleiden ist Druck auf den Pl. coeliacus oft mit Erfolg angewandt worden, häufig werden auch der Plexus hypogastricus inferior., die Halsganglien des Sympathicus und die Mehrzahl der peripheren Nerven so behandelt. W. selbst hat in einigen Fällen von Tabes Nervendruck wirksam gefunden, besonders schwanden erhebliche Hirnbeschwerden bei Druck auf den Plex. hypogastricus inferior.

E. theilt nun drei weitere Fälle mit, wo Electrisirung und allerlei Methoden der Massage und Heilgymnastik erfolglos waren, Nervencompression dagegen glänzend wirkte.

1) Supinations- und Pronations-Tremor. Chorea-Bewegungen beider Unterarme und des r. Fusses bei einem 20jährigen Mädchen seit dem Frühjahr 1883. Besserung durch electrische Behandlung. Nach einem Schreck April 1884 etwas veränderte Bewegungen; etwa 200, ziemlich kräftige, Supinations- und Pronationsbewegungen in Excursionen von 30—90°. Druck auf Radialis und Medianus in der Mitte des Humerus sistirte die Bewegungen für einige Minuten. Elf Tage lang wurde ein Tourniquet an dieser Stelle angelegt, die ersten Tage für 2—4, später für 8—10 Stunden täglich. Nach Ablauf dieser Zeit complete Heilung.

Im November desselben Jahres Chorea-Bewegungen im linken Unterarm, auch in den beiden letzten Fingern. Dauernde Besserung nach kurzer Tourniquet-Behandlung.

2) Accessoriuskrampf bei einem 21jährigen Arbeiter; Kopf stark nach links und hinten gedreht; Hypertrophie des r. Cucullaris. Digitalcompressionen des Accessorius am Muskelrande; günstiger Erfolg. Anlegung eines Riemens in einem 8- Tour, der an derselben Stelle einen Druck ausübt. Allmähliche Besserung.

3) Parese und Atrophie des r. Unterarms nach Luxation des Daumen-Metacarpal-Gelenkes. Compression des N. radialis an der Austrittsstelle des Sulcus spiralis humeri, durch schwach drückendes queres Darüberfahren mit einem Finger; 100malige Compression bei jeder Sitzung; sehr erhebliche Besserung nach etwa 4 monatlicher Behandlung; schon nach einigen Sitzungen hatten die elektrisch absolut unerregbaren Extensoren leicht gezuckt. Kurella (Owinsk).

---

561) **Arnaud** (Villejuif): Un cas d'Ataxie Locomotrice. (Ataxie bei einem Syphilitischen, verbunden mit psychischen Störungen.)
(L'Encéphale VII. Nro. 4.)

Wiederholte Attacken tabischer Erscheinungen und gleichzeitiger psychischer Alteration, die jedesmal einer antiluetischen Behandlung weichen. Hereditäre Belastung, sexuelle Excesse von früher Jugend an. Mit 25 Jahren schwere luetische Infection, 2 Jahre lang Mercurialcur.

Mit 52 Jahren apoplectiformer Anfall; leichte ataktische Symptome; Jodkalium drei Monate hindurch, Heilung. Es bleibt jedoch eine erhebliche Schwächung des Geschlechtstriebes und der Potenz von da an bestehen.

Ein Jahr später neuer, weniger schwerer apoplectif. Anfall; schwere tabische Erscheinungen, Gedächtnissschwäche, Hallucinationen, Sprachstörungen.

Antiluetische, intensive Behandlung; ataktische Erscheinungen schwinden nach 2 Monaten, Psyche wird einen Monat später ganz rapide wieder frei. Wird geheilt entlassen; es besteht jedoch Impotenz und Gedächtnissschwäche.

Dritter Anfall $2^1/_2$ Jahre später. Ataktische Störungen geringer

als früher, nur an den unteren Extremitäten. Jodkalibehandlung, nach 5 Monaten geheilt entlassen.

Patient arbeitet nun 18 Monate mit Erfolg in seinem Uhrmacherhandwerk, von da an allmähliche Paraesthesieen, Anaesthesie, rapid ansteigende Ataxie. 8 Monate später Aufnahme in die Irrenanstalt. Leichte psychische Schwäche, besonders des Gedächtnisses, erhebliche atactische Erscheinungen an den unteren Extremitäten, Sphincteren, obere Extremitäten intact; leichte Amblyopie.

Schmiercur, nach 4 Monaten geheilt entlassen, bis auf leichte Gedächtnissschwäche. Kurella (Owinsk).

---

562) **Rybalkin:** Paramyoclonus multiplex. (Westnik Psichiatrii etc. Mierszejewskazo V. 1., russisch.)

In der Literatur (s. u.) sind bis jetzt 11 Fälle dieser Affection beschrieben worden; Verf. fügt einen 12. in diesem Jahre beobachteten hinzu.

Der 15jährige Tischler Joseph Bogdanow wurde am 29. Januar 1887 wegen allgemeiner Schwäche, Appetitmangel, Zusammenziehung im Kehlkopfe und Krämpfe in den Extremitäten in's Marienhospital zu St. Petersburg aufgenommen. Schon im August 1886 blieb dem Kranken während der Arbeit die „Luft weg", die Stimme versagte ihm bei gleichzeitiger Röthung des Gesichtes; diese Symptome wurden um so heftiger, je mehr der Kranke sprach. Zu gleicher Zeit erschienen tonische Krämpfe bald in den Muskeln des Bauches, bald in denen der Extremitäten, mit Ausnahme des linken Beines, welches immer frei blieb; diese Krämpfe dauerten einige Minuten und waren zuweilen von Lageveränderungen der Extremitäten, besonders der Finger und Zehen begleitet; das Zersägen von Brettern, womit sich der Kranke beschäftigte, rief so oft diese Krämpfe hervor, dass er eine leichtere Arbeit übernehmen musste. Zwei Wochen vor seinem Eintritt in's Hospital kamen zu den bereits bestehenden tonischen Krämpfen noch Zuckungen in den Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten hinzu, wobei die früheren tonischen Contractionen allmählich schwanden. Diese Zuckungen erschienen Anfang Januar 1887 mit vorangehendem Kopfschmerz und kurzdauerndem Bewusstseinsverlust, waren auf die Arme beschränkt und so stark, dass sie durch den Willen nicht bewältigt werden konnten, im Schlafe fehlten sie. Der Kranke lag mit den oben beschriebenen Symptomen vom 14. Januar bis zum 11. Februar im Obuchowspital, in den letzten zwei Tagen seines dortigen Aufenthaltes waren die Krämpfe im rechten Arme vorhanden, verschwanden aber bald und wurde der Kranke gesund entlassen.

Vor 4 Jahren fiel der Kranke etwa 2 Faden (etwas über 4 Meter) von einer Barke mit dem Rücken auf das Eis und befand sich darauf während einiger Stunden in bewusstlosem Zustande, ohne irgend welche

äussere Verletzungen aufzuweisen. Bald darauf erkrankte er am Typhus und verbrachte desshalb $1^{1}/_{2}$ Monate im Marien-Magdalenen-Hospital, nach seiner Genesung fühlte er sich vollkommen wohl. Ob er in der Kindheit an Krämpfen gelitten hat, weiss er nicht anzugeben, sein Vater leidet an Husten und Dyspnoë, über das Befinden seiner Mutter und seiner Schwestern weiss er nichts anzugeben. Er befindet sich seit mehreren Jahren in der Lehre bei einem Tischler, wo er dreizöllige Bretter zu durchsägen hat, eine Arbeit, welche er wegen eines bösen Gesellen fast ohne Ausruhen so lange zu verrichten hatte, bis die Krämpfe sich einstellten.

Status praesens: Mittlerer Wuchs und Constitution, schmutzige Hautfarbe, bleiche Schleimhäute. Im Stehen drückt das Gesicht Anstrengung aus, das Athmen ist unregelmässig, unterbrochen, an den Muskeln des Rumpfes, des Halses und der Extremitäten sind Zuckungen bemerkbar, welche bei Lidschluss sich verstärken. An beiden Oberarmen zucken die Mm. bicipites, die pectorales maj. u. minores, an den Unterarmen der supinator longus, wobei die resp. Glieder nur etwas bewegt werden, jeder Muskel zieht sich in seiner ganzen Länge zusammen und wird dabei gespannt und derber, die Contractionen sind nicht rythmisch und erfolgen in unregelmässigen Intervallen, die symmetrischen Muskeln ziehen sich nicht isochronisch auf beiden Seiten zusammen, jeder Muskel contrahirt sich selbstständig und unabhängig von den andern. Die Häufigkeit der Zuckungen ist an verschiedenen Tagen und Tageszeiten verschieden und schwankt zwischen 40—60 in der Minute, ihre Stärke differirt gleichfalls, auf eine starke folgt eine schwache, dann tritt eine tetanische, 2—3 Secunden dauernde Contraction auf, diese Erscheinungen sind an der rechten Extremität schärfer ausgeprägt, als an der linken; an den Beinen werden sie in den Mm. Vastus intern., extern., rectus femoris und semimembranosus in gleicher Weise im Stehen beobachtet, zeitweilig treten sie auch in den Mm. sternocleidomastoides, cucullaris, rectis abdominis und den langen Rückenmuskeln auf, der Gang ist hinkend, mit dem rechten Beine stampfend.

Alle diese Zuckungen können durch den Willen des Kranken entweder zum vollsten Grade gesteigert oder bis auf ein Minimum reducirt werden, er braucht die eine oder die andere Extremität vollständig zu erschlaffen, damit die Krämpfe sich in derselben maximal entwickeln, er hält desshalb seine Muskeln durch festen Willen im Zaume. Die Zuckungen verstärken sich bei Gemüthsbewegungen und Hautreizen, wie Entblössen des Körpers, Kitzeln der Fussohlen, Stichen, Inductionsschlägen; Druck auf die ergriffenen Muskeln ruft die Zuckungen hervor oder verstärkt sie, während geistige Anstrengung (Lesen, Krankenexamen), Ruhe beruhigt die Krämpfe, wesshalb der Kranke meistentheils im Bette in der Brustlage mit auf der Brust gekreuzten Armen liegt. Vor dem Einschlafen verstärken sich die Zuckungen, während des Schlafes fehlen sie. Bei willkürlichen Bewegungen verschwinden sie nicht, feinere, einförmige Bewegungen, wie Schreiben,

sind unmöglich, während das Löffelhalten, Zuknöpfen u. dergl. gut vor sich geht, einige Bewegungen verstärken die Krämpfe, so das horizontale Vorstrecken der Arme, wonach Zuckungen in den kleinen Brustmuskeln auftreten. Der Gang beeinflusst die Zuckungen nicht, der Lidschluss aber verstärkt sie, die Coordination ist nicht gestört. Liest der Kranke laut, so wird sehr bald seine Stimme klanglos, es erfolgt eine tiefe Inspiration und kann der Kranke dann während mehrerer Secunden überhaupt keinen Ton von sich geben; dieses ist stärker an den Tagen ausgeprägt, an welchen die Krämpfe heftiger sind, das Laryngoskop gab keinen Aufschluss über diese Krämpfe der Glottisschliesser, welche im Vereine mit dem Zwerchfellskrampfe die unterbrochene Athmung producirten.

Das Dynamometer gab rechts 22, links 32, die Hautsensibilität, sowie der Muskelsinn sind normal, die Sehnenreflexe, sowie der Unterkieferreflex sind schwer erhältlich, die Hautreflexe stark erhöht; Kitzeln der Fusssohlen verstärkt die Zuckungen, die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist überall normal, nirgends sind trophische oder vasomotorische Störungen, Druck- und Schmerzpunkte zu entdecken, die Psyche und die Sinnesorgane normal, sowie die innern Organe; Allgemeinbefinden mangelhaft, Körpertemperatur normal.

Bis zum 18. März besserte sich der Zustand in dem Grade, dass die Zuckungen viel geringer wurden und der Kranke behufs Unterdrückung der Krämpfe viel weniger Anstrengungen bedurfte, das Lesen gut von Statten ging. Die Behandlung bestand im Verlaufe der zwei ersten Wochen in der Darreichung von Chloralhydrat und Bromnatrium an 5 Gran (0,3) 3 Mal täglich und indifferenten Bädern, indessen ohne günstigen Einfluss; die Anwendung von Zincum valerianicum 3 Mal täglich zu Gr. $^1/_3$ (0,02) und Galvanisation des Rückgrats mit dem aufsteigenden Nerven brachten eine Besserung des Zustandes zuwege.

Epikrise. Durch Vergleichung seines Falles mit den in der Literatur verzeichneten kommt Rybalkin zum Schlusse, dass Joseph Bogdanow an wirklichem Paramyoclonus multiplex gelitten habe und dass diese Affection ein morbus sui generis sei. Dafür spreche die begrenzte Ausbreitung der Krämpfe auf bestimmte Muskelgruppen der Extremitäten, das Fehlen solcher Zuckungen im Gesichte, die Beeinflussung durch den Willen und endlich der meist günstige Verlauf der Affection; eine Localisation derselben ist zur Zeit nicht möglich.

Literatur.

1) Friedreich: Virch. Arch. Bd. 86, p. 421. 1881.
2) Löwenfeld: Bayr. ärztl. Intell. Nr. 15. 1883.
3) Remak, E.: Arch. f. Psychiatr. Bd. XV, p. 853. 1884.
4) Silvestrini: Medicina contemporanea. 1885.
5) Seeligmüller: Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 24. 1886.
*6) Marie: Progrès medical No. 8 et 12. 1886.
7) Silvestrini: Medicina contemporanea. 1886.

*8) Popow, M. N.: Medicin. Beilage zum Marine-jornal Nov. 1886. (Russisch.)
*9) Kowalewski: Arch. f. Psychiatr. v. Kowalewski T. IV, No. 1. 1887. (Russisch).
*10) Bechterew: Wratsch Nro. 3, 5, 7. 1887. (Russisch.)
11) Homén: Arch. de neurol. Mars p. 200. 1887.

NB. Ueber die mit * bezeichneten Arbeiten erfolgen nächstens Referate.
Hinze (St. Petersburg).

---

563) **C. L. Dana** (New-York): On pseudo-tabes from arsenical poisoning, with a consideration of the pathology of arsenical paralysis. (Ueber Pseudotabes in Folge von Arsenik nebst einer Betrachtung der Pathologie der Arsenlämung.) (Brain, Januar 1887.)

Nach Berücksichtigung der sorgfältig gesammelten Literatur über Arsenvergiftung und Bericht über zwei Fälle eigener Beobachtung formulirt D. seine Ansicht dahin, dass 1) eine der Tabes ähnliche Krankheit durch Arsenik hervorgerufen werden kann, gleichgiltig ob das Gift als Arzneimittel, als einzelne Dosis oder als Staub von Tapeten einverleibt wurde, 2) dass Arsenlähmungen dieser Art oder in den übrigen Formen der Regel nach nicht als diffuse Myelitis sondern als multiple Neuritis aufgefasst werden müssen, 3) dass Arsen-Lähmungen gleich den Lähmungen in Folge von Diphtherie, Alcohol, Blei und wahrscheinlich von anderen Infectionen oder Giften in zwei Typen auftreten, einmal als gewöhnliche gemischte motorische und sensorische Paralyse, wobei die motorischen Störungen und die Atrophie die Hauptrolle spielen, sodann die pseudotabische Form, wobei als motorischen Störungen gegen die sensibelen, vorzugsweise Ataxie zurücktreten.

Matusch (Sachsenberg).

---

564) **E. Bull** (Kristiania): Om Mavehoste. (Reflectorischer Magenhusten.) (Klinisk Aarbog III.)

Unter normalen Verhältnissen ist vom Magen aus kein Husten auszulösen; doch machen es gewisse klinische Erscheinungen wahrscheinlich, dass eine individuelle Aenderung der Innervation eine solche Reflexwirkung herbeiführen kann. Bei einem an Chlorose und Dyspepsie leidenden vierundzwanzigjährigen Dienstmädchen trat bei normalem Zustand von Lungen, Kehlkopf und Schlund, ein äusserst heftiger trockener Husten auf, der bei Druck auf die Cardia erheblich zunahm. Bei energischer Behandlung der Dyspepsie (Milch-Pepton-Fütterung per Sonde, Wismuth etc.) schwand mit der Dyspepsie auch bald der Husten, um nicht mehr wiederzukehren.

Kurella (Owinsk).

---

565) **Hj. Heiberg** (Kristiania): Om lepra mutilans og trofoneurotiske Forandringer ved Spedalskhed. (Trophoneurotische Processe bei Lepra). (Klinisk Aarbog II. p. 301.)

H. giebt eine gedrängte Darstellung aller bisher auf die Wirkung trophischer Nerven zurückgeführten chronischen Ernährungsstörungen und sucht die bei Lepra auftretenden Verkrüppelungen der Extremitäten auf die gleiche Ursache zurückzuführen, wobei er besonders die Analogie einiger von ihm genau beschriebenen Formen mit Charcot's „pied tabétique" hervorhebt. Er führt diese Árthropathien etc. der Lepra auf lepröse Neuritis zurück, für die er einige mikroskopisch untersuchte Fälle anführt, bei denen sich übrigens keine Bacillen fanden. Kurella (Owinsk).

---

566) **Bourneville et Raoult**: Imbécillité; malformations congénitales des deux mains et du pied gauche; polysarcie. (Congenitale Missbildung an beiden Händen und dem linken Fusse nebst Fettleibigkeit in einem Falle von Imbecillität.) (Progrès médical. 1887. Nro. 37.)

Bei einer Imbecillen, die wegen massloser Heftigkeitsausbrüche in die Anstallt aufgenommen wurde, fanden sich folgende Missbildungen: Der 4. Finger der rechten Hand zeifällt in 2 Finger, die an ihrer Basis verbunden später auseinandergehen und einen nach vorne offenen Halbmond bilden. Jeder Finger hat drei Phalangen, von denen die erste mit dem 4. Metacarpalknochen in Verbindung stehende gemeinsam ist, an der Spitze jedoch von einander weicht und beide zweiten Phalangen trägt. Die Finger sind kleiner. wie der 5. Finger, sind im Zusammenhange mit den übrigen beweglich, so dass die Hand geöffnet und geschlossen werden kann. . Der äussere Finger des 4. Paares ist mit dem 5. durch eine Membran verbunden, die bis zum Ende der 2. Phalanx reicht.

An der linken Hand findet sich statt des 5. Fingers ein System von 3 kleinen Fingern. die nebeneinander liegen. An den einzigen 5. Metarcarpalknochen setzen sich die ersten Phalangen der beiden äusseren Finger an, die jeder 3 Phalangen und je einen Nagel besitzen. Der innerste Finger setzt sich an die innere Seite der 2. Phalanx des zweiten an und besitzt einen kleinen freien nicht articulirenden Knochen, der nach hinten spitz zuläuft: sein Nagel ist missbildet. Flexion. Extension. Abduction und Adduction ist im Ganzen möglich, wenn auch nicht so ausgiebig wie normal.

In einer Art Ausbuchtung der äusseren Seite der 4. und inneren der 5. Zehe des linken Fusses, auf der letzteren reitend befindet sich eine überflüssige Zehe von der Grösse einer kleinen Nuss, deren einziger Knochen mit dem 4. Metartarsalknochen zu articuliren scheint, und deren Nagel verkrüppelt ist. Ausserdem bestand noch Fettleibigkeit. Myopie. Strabismus, Nystagmus: im dritten Lebensjahre waren Convulsionen aufgetreten.

Die Mutter des Kranken schreibt die Missbildung dem Anblick einer Schildkröte zu, der sie in den ersten Monaten ihrer Schwangerschaft erschreckte, sie fühlte damals Schwäche und Schwindel, so dass sie sich an der Mauer halten musste. Während des Verlaufes der Schwangerschaft musste sie fortwährend an die Schildkröte denken und war in Sorge, dass ihr Kind Schaden davon trüge.

Holtermann (Sachsenberg).

---

567) **Muhr** (Mistelbach): Querulantenwahnsinn. Gerichtsärztliche Untersuchungen und Reflexionen. (Jahrbücher f. Psychiatrie VII. Band. 1. und 2. Heft.)

Verf. theilt einen Fall von Querulantenwahnsinn mit, dessen Anamnese sehr vollständig zu eruriren war, und der deshalb einen interessanten Einblick in die allmähliche Entwicklung dieser Form von Geistesstörung gewährt.

Der Vater des Inculpaten starb an Dementia paralytica. In der ganzen Familie ist Stehlsucht habituell. Inculpat war von Kindheit auf roh und streitsüchtig und würde bereits im Alter von 14 Jahren wegen Raufhandel gerichtlich beanstandet. Später beging er dreimal einen Diebstahl. 1867 erlitt er ein Trauma capitis, hierauf Beginn des Querulantenwahnsinns. In einigen ihm später zur Last gelegten Vergehen wurde er in der zweiten Instanz freigesprochen. Seitdem rasch zunehmende Klage- und Processsucht. Seine Klagen haben vorwiegend einen denuncirenden Charakter und bestehen meist in falschen Beschuldigungen. Wenn sie zufällig einmal einen thatsächlichen Hintergrund haben, wie in den Fällen, wo er geprügelt und gemisshandelt worden ist, hängt diese Thatsache doch eng mit seiner Charaktereigenthümlichkeit und krankhaften Verkehrtheit zusammen, indem er dem Verklagten theils durch frühere unwahre Beschuldigungen theils durch sein unleidliches querellisches Benehmen genügende Veranlassung gab, ihn durchzuprügeln. Vor Gericht entwickelt er eine immer geschraubtere Beweisführung, und seine Behauptungen und Schlüsse leisten an Sophistik allmählich das Unglaublichste. Mehr und mehr artet seine Beweisführung auch in eine reine Schmähung der Person aus. Verliert er in der ersten Instanz, so geht er unfehlbar an die zweite und dritte. Reüssirt er auch dann nicht oder wird er von vorneherein mit seiner Klage abgewiesen, so richten sich seine Schmähungen und Denuncinationen gegen die Organe der Justiz und der Behörde, welche es gewagt haben, ihn so ungerecht zu behandeln. Mit der Zeit werden seine Klagen und Anschuldigungen immer entstellter, unwahrscheinlicher und grundloser und er stösst jetzt vor Gericht mit Vorliebe vage Drohungen aus, wie: „wenn ich reden wollte, so brächte ich sie an den Galgen“ u. dergl. Schliesslich wird in seinen Klagen und Denunciationen der Verfolgungswahn evident, indem er nun überall Bedrohung und Gefährdung seines Lebens wittert, und z. B. behauptet, ein Schankwirth verkaufe vergif-

teten Wein. Die Zahl der von ihm vor seiner endlichen gerichtsärztlichen Exploration anhängig gemachten Klagen u. s. w. beträgt über zwanzig.

E. ist unter Mittelgrösse, sein Schädel klein. Er hat doppelten Leistenbruch, sonst sind keine körperlichen Abnormitäten an ihm wahrzunehmen. Zu Hause hat er eine ganze Registratur von Akten angelegt, die sich alle auf seine Processe beziehen. Seine grösste Freude ist es, wenn man ihn ungehindert alle seine Processe auskramen und erzählen lässt; er kann dann gar nicht das Ende finden. Anstatt Beweise vorzubringen, stellt er immer in Aussicht, dass er noch mehr weis und aussagen könnte, und begnügt sich damit, seine Vermuthungen und Befürchtungen als Thatsachen hinzustellen und immer neue den unerwiesenen alten hinzuzufügen. Er hat drei Verfolger, die er das „Consortium" nennt. Alle Anderen, mit denen er aber schon zu thun hatte, stehen mehr oder weniger mit diesen im Bunde, „spielen unter einer Decke mit denselben", werden von ihnen bestochen u. s. w. Gelegentlich bringt er aber auch noch anderes verrücktes Zeug vor, so z. B., er könne prophezeien und habe schon oft vorausgesagt, wie es kommen werde; ferner er glaube an die Bedeutung von bestimmten Zahlen.

Im Gutachten wird Explorat für geisteskrank und zwar mit Querulantensinn behaftet erklärt.

Die Diagnose stützt sich auf folgende Momente: auf das Bedürfniss des Exploraten, schon seit vielen Jahren durch fortgesetzte Conflikte mit seiner bürgerlichen Umgebung mit den Justizbehörden zu verkehren, um diese Behörden durch falsche Beschuldigungen und ein unqualificirbares Benehmen zu drangsaliren; ferner auf den Umstand, dass Explorat keinen logischen Zusammenhang in seinen Gedanken besitzt, sondern an Stelle des klaren vernünftigen Denkens nur Sophistik entwickelt; ferner auf die Thatsache, dass Explorat eine fehlerhafte Beschaffenheit seines Charakters zeigt (moral insanity) und dass diese Entartung des Charakters krankhaft ist, weil in seiner Familie krankhafte Anlage zu Geistesstörung vorhanden ist; schliesslich auf den Umstand dass E. an Wahnvorstellungen leidet, und zwar in Gestalt von Verfolgungswahn, Prophetenwahn und von Glauben an kabbalistische Zahlen.

Die Reflexionen, welche Verf. an den vorliegenden Fall knüpft, bieten eigentlich nichts besonderes. Sie gipfeln in dem Hinweis darauf, wie schlecht es noch um die Benutzung der psychiatrischen Kenntnisse seitens der Gerichtsbehörden bestellt sei, so dass Fälle wie der vorliegende, gar nicht so selten seien, in welchen das betreffende Individuum viele Jahre lang sein verkehrtes und gemeingefährliches Treiben fortsetzen könne, ehe man es endlich als krank erkenne und unschädlich mache. Die Vorschläge, welche Verf. hieran knüpft, laufen darauf hinaus, dass die Psychiatrie ein obligater Lehrgegenstand für die Aerzte werden und dass für bestimmte, am besten von einer gemischten Expertisen-Enquete näher zu bezeichnende Delikte die Geis-

teszustandsuntersuchung von vornherein obligat gemacht würde. Als eines dieser Delikte, bei welchem dies vor allem wünschenswerth erscheine, bezeichnet er die Brandstiftung, da sie gerade ungemein häufig von Geisteskranken begangen werde. Reinhard (Hamburg).

---

568) **V. Uckermann** (Kopenhagen): Vore Dövstumme. (Ein Fall von primärer Stummheit bei einem nicht tauben Kinde.) (Tidskr. f. praktisk Medicin. 1886. p. 17.)

U.'s Artikel über Taubstumme enthält folgende interessante Mittheilung:

Unter den Zöglingen des Instituts fand sich ein vielleicht einziges Exempel von *Stummheit* ohne Taubheit, und ohne jede organische Veränderung in Zunge, Nervenbahnen oder Gehirn. Ein 9 jähriger Knabe konnte bei seiner Aufnahme in das Institut nicht mehr als „ja" oder „nein" sagen, obwohl das Gehör absolut normal war; geistig war er gut beanlagt. Nach 4—5 jährigem Unterricht zusammen mit den übrigen Taubstummen spricht er jetzt ganz normal. Es bestehen Spuren eines früher überstandenen Mittelohr-Catarrhs. „Wahrscheinlich war er also taub, in einem Alter, wo das Gehirn am leichtesten erregbar ist und die Sprache am leichtesten gelernt wird. Später mit dem Heilen des Catarrhs ist das Gehör zurückgekehrt, aber es ist eine gewisse Trägheit der Hirnmoleküle zurück geblieben, die erst durch Vermittelung der anderen Sinnesorgane überwunden werden konnte". Kurella (Owinsk).

---

569) **Brouardel** (Paris): Viol et attentat à la pudeur. (Stuprum und Attentat auf die Schamhaftigheit.) (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 96.)

Einer reichhaltigen Statistik zufolge werden Nothzucht und Attentate auf die Schamhaftigkeit meist nur von im jugendlichen Alter stehenden männlichen Individuen und von Greisen begangen.

Erstere sind gewöhnlich Idioten, Epileptiker, Alkoholiker, welche oft keinen Unterschied zwischen Recht und Unrecht zu machen wissen, letztere, merkwürdiger Weise häufig als Gärtner beschäftigt, stehen auf dem Punkte, der Demenz zu verfallen. Pauli (Köln).

---

570) **J. Fritsch** (Wien): Casuistische Beiträge zur Lehre vom impulsiven Irresein. (Jahrbücher f. Psychiatrie VII. Band, 1. und 2. Heft.)

Verf. definirt zunächst den Begriff „impulsives Irresein", indem er betont, dass es sich bei demselben nicht um ein „Irresein der Handlungen" im Sinne der alten Monomanien handelt, sondern um unwiderstebliche Handlungen, welche auf dem Boden einer Neuropsychose (Hysterie, Epilepsie) oder psychischer Entartung (durch Trauma capitis, Alkoholismus) entstehen und stets von einer leichten Trübung des Bewusstseins begleitet sind.

Dann werden 2 Fälle von impulsivem Irresein mitgetheilt.

Der erste betrifft einen 18jährigen Tischlergehilfen S., welcher wegen Brandstiftung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen angeklagt ist. Nach Mittheilung seines Vaters leidet er seit 8 Jahren an epileptischen Anfällen von zunehmender Heftigkeit und ist ein jähzorniger Mensch. Während der 10tägigen Untersuchungshaft in seinem Heimatsorte wurden dreimal Anfälle constatirt, in welchen er aufsprang, den Kopf hin und her schüttelte, nach der Thüre lief und die Decke zerreissen wollte. Trotz siebenjährigem Schulbesuch hat er weder lesen noch schreiben gelernt.

Kleine Statur. Stärkere Prominenz des rechten Stirnhöckers. Ueber letzterem eine auf Druck sehr empfindliche von einem vor 8 Jahren erfolgten Sturz herrührende Hautnarbe. Rechte Pupille erweitert, linker Facialis leicht paretisch. Sehr bald nach jenem Sturz die ersten epileptischen Anfälle. Vorboten derselben bilden plötzliche Uebelkeit, Röthe vor den Augen, Umnebelung des Gesichtsfeldes. Am 28. und 29. Febr. hatte er Nachmittags ziemlich schwere epileptische Anfälle, denen eine grosse innere Unruhe folgte. In dieser stieg in ihm der Gedanke auf: „zünde die Scheune an". Diesen Gedanken konnte er nicht los werden, bis er die That ausgeführt hatte. Hinterher betheiligte er sich an den Löscharbeiten. Irgend ein Motiv für seine Handlungen ist nicht nachzuweisen. Während der Haft mehrmals Anfälle, in denen er blass und unruhig wurde, Gegenstände von der Wand zu reissen suchte und nachher etwas matt und benommen erschien.

Im Gutachten wird nun darauf hingewiesen, dass Explorat thatsächlich epileptisch und dabei auch ziemlich schwachsinnig und hochgradig reizbar ist. Seine incriminirten Handlungen sind der Ausfluss der nach jenen Anfällen noch zurückgebliebenen leichten Bewusstseinsstörung und besonders der inneren Unruhe mit unbestimmten Angstgefühlen, welche kategorisch zu einer That drängten. —

Der zweite Fall betrifft eine Frau W., die in einem Laden Seidenspitzen gestohlen hatte. Bei ihrer Verhaftung fand man noch mehrere Gegenstände in ihrem Korbe, die sie eingestandener Massen unmittelbar vorher in anderen Läden, auf die sie sich aber nicht mehr besinnen könne, gestohlen hatte. Sie führte ihre Handlung auf eine Aufregung in Folge der erst vor wenigen Tagen eingetretenen Periode zurück und versichert, sie sei dann jedesmal aufgeregt und das Blut steige ihr zu Kopfe. Seit einem vor Jahren erlittenen Sturz sei sie kopfleidend. Ihr Miethsherr gibt an, dass sie eine überspannte Person sei, an häufigem unmotivirtem Stimmungswechsel leide und oft sehr heftige Scenen mit ihrem Manne habe, in welchem ihr Schaum vor den Mund tritt. Der Ehemann der Inculpatin gibt zu Protokoll, dass dieselbe von 10 und vor c. 8 Jahren auf den Kopf gestürzt und seitdem kopfleidend sei. Bereits vor 7 Jahren habe er eine Art epileptischer Krampfanfälle an ihr bemerkt. Er bestätigt die Angaben bezüglich der Aufregung zur Zeit der Menses, der grossen Reizbarkeit und des häufigen Stimmungswechsels.

Bei einer am 9. Juni vorgenommenen Hausdurchsuchung fanden sich noch eine Menge gestohlener Sachen bei ihr vor, über deren Herkunft sie theils falsche Angaben machte, theils gar nichts zu sagen wusste. Hinsichtlich ihrer letzten incriminirten Handlung erklärte sie sich wohl für schuldig, behauptete aber, sich derselben nicht bewusst gewesen zu sein.

Inculpatin, 28 Jahre alt, stammt aus neuropathischer Familie wurde mit dem 12. Jahre menstruirt. Vom 16.—20. Jahre in Folge eines kalten Bades Cessiren der Menses. Seit dieser Zeit viele nervöse Beschwerden, besonders Kopfschmerzen und Gemüthsreizbarkeit. Steigerung derselben durch unglückliche Ehe, ungünstige Lage des Geschäftes und Fall auf den Kopf. Seitdem oft Lebensüberdruss und Verwirrtheit, in welcher sie schon ihre Kinder misshandelt, irre Reden geführt und Dinge, die ihr nicht gehörten, an sich genommen habe. In solchen Zeiten der Aufregung und Verwirrung möchte sie Alles in Seide haben, fühle sich reich und glücklich und glaube, Alles gehöre ihr.

Bezüglich der Ereignisse am Tage ihrer Verhaftung macht sie folgende Angaben: Sie sei in vielen Läden gewesen, habe sich Allerlei vorlegen lassen, wo sie gewesen und was sie sich angeeignet oder gekauft habe, wisse sie nicht. Es sei ihr wie einem Trunkenen gewesen und sie glaubt, sie hätte in ihrem Rappel ebensogut Alles wieder weggeschenkt. Erst nachträglich sei ihr die Situation allmählich klar geworden.

In der Untersuchungshaft stellte sich die Periode ein, zugleich zeigte Inculpatin eine ängstliche Unruhe und Verwirrtheit, schlief schlecht, sprach mit ihrem Kinde, verkannte die Wärterin und dergl. Auch nahm sie während der Nacht den Mitgefangenen Kleidungsstücke weg und behauptete am Morgen, das hätten Andre ihr zum Schabernack gethan. Beim Eintritt der Periode wurde ein ohnmachtähnlicher Anfall von mehreren Minuten beobachtet, auch wechselte Explorata häufig jäh die Farbe und hatte Pupillendifferenz. Die Exploration ergab noch grosse Schreckhaftigkeit, mässige Schwerhörigkeit auf dem r. Ohre, hochgradige Schmerzhaftigkeit bei leichtem Druck auf eine bestimmte Stelle des Scheitels und auf das rechte Ovarium. Die Reflexe enorm gesteigert. Globusgefühl.

Der Tenor des Gutachtens lautete: 1. Inculpatin zeigt eine hochgradige Nervosität, die als hysterische Neurose bezeichnet werden muss. Ihr psychisches Verhalten charakterisirt sich als ein auf hysterischer Grundlage entwickelter sogenannter psychischer Degenerationszustand. Es bestehen bei ihr zweifelsohne Anfälle transitorischer Geistesstörung, die in ihrem Auftreten wesentlich an den zeitlichen Verlauf der Menstruation geknüpft sind. Diese Anfälle haben wegen der mit unterlaufenden Bewusstseinsstörung einen epileptoiden Charakter. Mehrfache Momente (sowohl psychologischer wie pathologischer Natur) weisen darauf hin, dass Inculpatin die incriminirte Handlung in einem krankhaften Zustand periodischer Erregung verübt hat unter

Einwirkung eines inneren Gründen entstammenden unwiderstehlichen Zwanges, durch welchen die Freiheit der Willensbestimmung ausgeschlossen war. Reinhard (Hamburg).

---

571) **Sander** und **Richter** (Dalldorf): Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. (Berlin 1886.)

Gutachten Nro. 8. Angeborene Geistesschwäche, Vagabondiren. Alkoholismus. Periodische Manie. Starrheit.

Provokat Friedrich Wilhelm T. ist uneheliches Kind, zu Berlin 1825 oder 1827 geboren. Die Anamnese erhellt aus der Ueberschrift. Er befindet sich z. B. in dem Zeitraume von Anfang 1852 bis Anfang 1862 zwölf Mal im Arbeitshause, das er dann bis 1870 vermeiden konnte, weil seine Frau für ihn sorgte. Mitte 1871 kommt er wegen Geistesstörung mit Exaltations-Zuständen in die Irrenanstalt in die er von da bis Anfang 1876 in immer kürzeren Zwischenräumen acht Mal Aufnahme findet.

St. pr. Provokat ist von etwas kleiner Statur, guter Ernährung und Muskelentwicklung. Schädel progenäisch, Pupillen mittelweit, reagiren träge und differiren zeitweise. Mund- und Lippen-Muskeln, Zunge und Hände zeigen geringen Tremor, die äusserlich sicht- und fühlbaren Arterien geschlängelt und etwas hart. Puls träge, aber voll und stark.

Das gewöhnliche psychische Verhalten des Provokaten in der Anstalt ist das eines harmlosen Schwachsinnigen. Er liebt im Gespräch komisch wirkende Redewendungen und hat einen närrischen Gesichtsausdruck. Seine Stimmung ist stets heiter, sein Urtheil schwach. Er weiss, dass er nach längerem, ordnungsgemässem Verhalten bei anderen Personen mit Unterstützung untergebracht werden kann und wünscht dies auch; doch fehlt ihm die Willenskraft, um es zu erreichen. Entweicht er aus der Anstalt, so gelangt er bald, durch Trunk und Vagabondage körperlich und geistig geschwächt, in dieselbe zurück, hat auch schon einige Anfälle von Del. pot. gehabt. Aber auch ohne Missbrauch geistiger Getränke zeigt Provokat in der Anstalt zeitweise maniakalische Erregtheit Provokat ist daher unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Gutachten Nro. 9. Chronischer Alkoholismus.

Gustav Adolf W. ist 70 J. alt. Vater und Brüder sollen stark getrunken haben. Er will 17 J. alt, das Abiturienten-Examen gemacht haben und wollte Jura studiren, scheint aber durch ein Vergehen daran gehindert worden zu sein und wurde Justiz-Subaltern-Beamter. Er war zweimal verheirathet und hat aus beiden Ehen sieben Kinder. 1863 wurde er ohne Pension durch Staatsministerial-Beschluss aus dem Justizdienste entlassen. Er bekleidete dann die verschiedensten Stellungen, hielt aber in keiner lange aus und gerieth schliesslich als Winkelkonsulent mit der Familie in Noth. Ende Sept. 1879, wird

er als Delirant auf die Station der Charité für Geisteskranke gebracht. Am 3. 12. desselben Jahres der Berliner Irren-Anstalt überwiesen, später auf wiederholtes Gesuch der Töchter erster Ehe aus ihr entlassen. Er ergiebt sich bald wieder dem Trunk und plagt seine Frau mit Eifersucht. Am 6. 1. 1881 kommt er wieder von der Charité nach der Berliner Irren-Anstalt als unheilbar, wo er sich mit Ausnahme eines Aufenthalts in der Augenklinik behufs Staaroperation, noch heute befindet. Lange Eingaben der Frau berichten ausführlich über die Zunahme der Trunksucht, sowie der ehelichen Sävitien des Gatten.

W. ist im Ganzen gut konservirt. Der etwas flache Schädel symmetrisch, am Hinterhaupt etwas abgeflacht. Am Hodensack rechts Narbe von Hydrocelen-Operation. Motilität und Sensibilität normal, ebenso Brust- und Bauchorgane.

Psychisch hält sich W. ruhig, hat keinen Trieb zu Beschäftigung und, von einer Art schwachsinniger Hypochondrie abgesehen, nur zwei Interessen, seine vermeintlich widerrechtliche Detention und das damit zusammenhängende Verhältniss zu seiner Frau. Er ist freundlich gegen jeden, schmäht aber hinter dem Rücken. Die Erzählung seines Vorlebens lässt deutlich Gedächtnissschwäche erkennen. Auch Schwäche des Urtheils ist deutlich wahrnehmbar, namentlich in der Erzählung, wie seine 20 J. lang treue Hausfrau im Alter von etwa 40 Jahren ihm untreu geworden sei. Daneben ist eine allgemeine Abschwächung seiner geistigen Functionen nicht zu verkennen. Er zeigt eine gewisse Stumpfheit und Indolenz gegen alle ausserhalb des angeführten Gedankenganges liegende Interessen, beurtheilt sein Verhältniss zur Aussenwelt falsch, ebenso seine Umgebung in der Irrenanstalt, indem er sich der Anschauung zweier der verrücktesten Personen anschliesst. Der p. W. ist wahrscheinlich durch erbliche Anlage zu Trunksucht und Geistesstörung disponirt. Früher periodischen Anfällen von Trunksucht mit dazwischen liegendem, relativ mässigem Verhalten unterworfen, ist er später mehr anhaltend dem Trunke verfallen. Der Alkoholismus hat ihn wirthschaftlich und geistig ruinirt und bei ihm eine verrückte Auffassung seiner Lage und seines Verhältnisses zur Gesellschaft zu Wege gebracht. Dadurch ist sein Denken und Vorstellen grade in den wichtigsten Lebensbeziehungen völlig verfälscht, der p. W. daher unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Landsberg (Ostrowo).

IV. Aus den Vereinen.

Académie de méd. zu Paris.

Sitzung vom 2. August 1887. (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 94.)

572) Indem **Luys** bei der Besprechung der Frage betreffs der *geistigen Ueberbürdung der Kinder in der Schule* die vermeintlichen

übelen Consequenzen derselben in Abrede stellt, bestreitet er zunächst die Anschauungsweise Peter's, nach welcher jenes Moment häufig Anlass zur Lungenschwindsucht gibt.

Wenn dem so wäre, so müssten davon an Folie des grandeurs leidende Individuen am meisten befallen werden, weil ihre in Folge der continuirlichen Congestionen viel erregteren cerebralen Zellen mehr leisten, als die derjenigen Individuen, welche sich, wenn auch in noch so hohem Grade, geistig beschäftigen. Dass dies jedoch nicht der Fall ist, beweist eine Durchsicht der Krankenjournale, wonach Lungentuberculose von 1086 Alienirten nur 6 hatten, welche, lauter Melancholiker, noch längere Zeit mit der Schlundsonde ernährt werden mussten und dadurch körperlich sehr heruntergekommen waren.

Sodann bezieht sich L. zur Begründung seiner Ansicht, dass geistige Ueberbürdung die Gesundheit der Kinder, erblich belastete natürlich ausgenommen, nicht besonders schädige, auf die frühzeitige Entwicklung und Leistungsfähigkeit des Gehirns.

Dagegen sollen nach ihm an die Stelle der bisher üblichen Lehrpläne, da hierbei nur das Gedächtniss und die Einbildung in Anspruch genommen werden, während die Ausbildung des richtigen Urtheilens und Schliessens unberücksichtigt bleibt, andere letzteres Ziel mehr anstrebende treten. Pauli (Köln).

Sitzung vom 23. August 1887. (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 102.)

573) **Germain Sée:** Traitement des maux de tête par l'antipyrine. (Behandlung der Kopfschmerzen mit Antipyrin.)

S. hat in allen 12 zur Behandlung gekommenen Fällen von Cephalaea adolescentium, der Folge zu raschen Wachsthums, Antipyrin anfänglich in der Gabe von 3 Gramm. pro die, welche nach einigen Tagen verringert wurde, angewendet und damit vorzügliche Resultate erzielt.

Fast ebenso bewährte es sich ihm bei 42 Fällen von Migräne in der Weise, dass der Kranke, wenn der Anfall im Anzuge war, 1 Gramm und ebenso viel eine Stunde später nahm.

Ferner verfehlte gegen Tic douloureux, der 5 Mal beobachtet wurde, jenes Alcaloid, das S. hier per os und zugleich auf hypodermatischem Wege (0,5 in Aq. dest. 1,0 pro die) incorporirte, niemals seine Wirkung. Pauli (Köln).

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 26).

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark, Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde, Psychiatrie
und
gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. November 1887. Nro. 22.

Inhalt.

I. Originalien. Zur Pathologie der Thomsen'schen Krankheit. Von Prof. M. Bernhardt (Berlin).

II. Original-Vereinsberichte. Berliner medicinische Gesellschaft. **Moll:** Der Hypnotismus in der Therapie.

III. Referate und Kritiken. **Catsaras:** Fall von infantiler spastischer Lähmung. **Madsen:** Sammelforschung über die Aetiologie der Chorea in Dänemark. **Humptog:** Sammelforschung über Krankheiten des Greisenalters. **Lange:** Beiträge zur Nosologie der Epilepsie. **Marro:** Urinanalysen bei Melancholischen. **Bessière:** Behandlung des Delirium epilepticum. **Erlenmeyer:** Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. **Jennings:** Die Befreiung von der Morphiumsucht durch Spartein und Nitroglycerin. **Taquet:** Religiöse Verrücktheit bei fünf Familiengliedern. **Ventra:** Luftraum für den Kopf in Irrenanstalten. **Ricco:** Besuch der französischen Haupt-Irrenanstalten. Jahresbericht für Nocera auf das Jahr 1886. Maison de Santé de Préfargier. Exercice de 1886. **Sioli:** Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt Bunzlau 1886. Jahresbericht der niederöstreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg pro 1885.

IV. Aus den Vereinen. I. Académie de méd. zu Paris. II. Société médico psychologique zu Paris.

I. Originalien.

Zur Pathologie der Thomsen'schen Krankheit.

Von Prof. M. BERNHARDT (Berlin).

Ende September dieses Jahres bot sich mir die Gelegenheit dar, denjenigen Patienten wieder zu sehen, dessen Zustand im Jahre 1879 den Ausgangspunkt meiner Untersuchungen über das seither „Thomsen'sche Krankheit“ genannte Leiden abgegeben hat[1]). Da sich der jetzt 30 jährige Kranke nur ganz vorübergehend hier aufhielt und mir nur sehr kurze Zeit widmete, die für eine alle Verhältnisse berück-

[1]) Vergl. Bernhardt: Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie. (Ein selbstständiger Symptomencomplex.) — Virchow's Arch. 1879. Bd. 75. S. 516.

sichtigende Untersuchung nicht ausreichend war, so kann ich eben nur einige *Ergänzungen* des damals erhobenen und mitgetheilten Status praesens geben.

Indem ich somit zunächst auf die in oben erwähnter Arbeit Seite 516 u. 517 gemachten Angaben verweise, betone ich, dass im *wesentlichen heute noch ganz dieselben Verhältnisse wie damals* vorliegen. Nachzutragen wäre vielleicht noch Folgendes: P. weiss, dass sein Zustand seit seiner frühesten Jugend nicht anders war. In der Schule nannte ihn der Lehrer „den Zitterer", da er beim Schreiben mit der Hand zitterte. Dies ist zum Theil jetzt noch der Fall für den „Beginn des Schreibactes". Steifigkeit der Finger oder der Hand tritt aber auch bei fortgesetztem, andauerndem Schreiben nicht ein. Heute meint Pat., dass die Steifigkeit und die Schwerfälligkeit seiner Bewegungen erheblich gesteigert wird, so bald er sich durch andere Beobachter genirt fühlt. (Vergl. die Angaben eines zweiten, von mir beobachteten, an Thomsen'scher Krankheit leidenden Mannes H . . . Dieses Centrbl. 1885 Nro. 6.) Vom Boden erhebt er sich sehr mühsam, wegen der sofort eintretenden Steifigkeit seiner Glieder, aber ein „An sich hinaufklettern" findet dabei *nicht* statt. Die mimischen Bewegungen kommen leicht und frei zu Stande: die hier activ ausgeführten Muskelcontractionen (Stirnrunzeln, fester Augenschluss) bewirken keine Nachdauer der Contraktionen, wie dies an den Extremitätenmuskeln beobachtet wird; auch die Bewegungen der Lippen kommen frei und leicht zu Stande. Befiehlt man dem Patienten, die Zunge herauszustrecken und seitwärts zu bewegen, so wird dies anfangs ganz gut und nur ein wenig langsamer, als wie von einem Gesunden, ausgeführt: erst *nach* einigen solchen Bewegungen wird sie steif und hart, so dass nun für einige Sekunden eine nicht unerhebliche und deutlich erkennbare *Sprachbehinderung* gesetzt wird. Es tritt also die Steifigkeit der Zunge *nicht* sofort mit der ersten activ ausgeführten Bewegung ein, wie das bei den Extremitätenmuskeln der Fall ist, sondern erst *nachdem* eine kurze Zeit aktive Bewegungen mit diesem Organ ausgeführt worden waren. Andererseits wieder gelingt das Niederdrücken der Zunge (zur Inspektion der Gaumen-Schlundmuskulatur) nur schwer, da sie hierbei sofort hart und steif wird.

Dagegen ist das Schlucken vollkommen frei: hier bestand nie eine Hemmung; desgleichen phonirt Patient leicht und empfindet oder empfand dabei nie ein abnormes Gefühl im Kehlkopf. Während ferner die Bewegungen der Augen prompt und schnell zu Stande kommen, (Pupillen gleich, mittelweit, auf Lichtreiz gut reagirend), ist das Kauen anfangs durch eine unwillkührlich eintretende Contraction der betreffenden Muskeln behindert. Urin- und Kothentleerung sind stets in normaler Weise von Statten gegangen. Potenz ist erhalten. Die *Kniephänomene* sind beiderseits etwas schwer, aber mit Zuhilfenahme des Jendrassik'schen Verfahrens *deutlich* hervorzurufen und zwar rechts ausgeprägter als links. Das Allgemeinbefinden ist ungestört; die athletischen Muskelformen noch durchaus so, wie ich sie vor Jahren beschrieben; *atrophische* Zustände *nirgends* sichtbar.

In Bezug auf die *mechanische Erregbarkeit* der *Muskeln* bestehen dieselben Verhältnisse, wie sie in meiner ersten oben citirten Arbeit (S. 518) geschildert worden sind: eine Ausnahme hiervon machen die Gesichtsmuskeln, welche auf einen Schlag mit dem Perkussionshammer wohl hin und wieder zucken, aber nicht tonisch contrahirt bleiben; nur der m. masseter verhält sich anders, vielleicht ist dies Verhalten (wenngleich in sehr geringem Grade) auch bei der Unterlippen-Kinnmuskulatur angedeutet.

Von den Nerven aus (Erb[1]) konnte ich durch mechanische Reize (Beklopfen) Zuckungen der Muskeln nicht auslösen. —

Die *electrische Erregbarkeit* der Nerven und Muskeln, so hatte ich in meiner ersten, denselben Fall betreffenden Arbeit gesagt, erwies sich, was ihre „Ansprechbarkeit" betraf, für beide Stromesarten normal, dabei waren die Zuckungen prompt und kurz: von Umkehrung der Formel, von Entartungsreaktion, von abnorm erhöhter Erregbarkeit für Anodenöffnung fand sich Nichts", —

Diese Befunde konnte ich bei erneuter, leider nur einmal und allzu kurze Zeit vorgenommener Untersuchung zum Theil bestätigen, zum Theil mit Hilfe der von Erb nach dieser Richtung hin gegebenen Anregungen modificiren. — Auch nach Erb ist die faradische Erregbarkeit der *Nerven* im wesentlichen normal, desgleichen die galvanische, welche eher etwas herabgesetzt erscheint. — Diesmal konnte ich (nach Erb) an meinem Patienten beobachten, dass einzelne Oeffnungsschläge mit dem faradischen Strom selbst bei bedeutender Stärke sowohl bei indirekter, wie direkter Reizung nur kurze, prompte Zuckungen auslösten, während tetanisirende Induktionsströme sowohl vom Nerven aus, wie bei direkter Applikation Contractionen mit langer Nachdauer auslösten, wie dies schon bei meiner ersten, vor Jahren an demselben Patienten angestellten Beobachtung angegeben worden war. Eine Ausnahme jedoch machten wieder die Gesichtsmuskeln, bei denen ich nicht einmal, wie Fischer[2]) in seinem Falle, ein langsames Abklingen der Contraction nachweisen konnte. (Auch F. hat am facialis bei erträglichen Strömen keine eigentliche Nachdauer der Contraction gesehen.) — Desgleichen konnte ich das von mir, wie ich glaube, zuerst angegebene *Wogen und Unduliren* der Muskeln auch diesmal wieder constatiren, wenn ich mit dem *faradischen* Strom längere Zeit eine Muskelgruppe electrisirte. Setzte ich diesmal die Ka (noch leichter schien die Erscheinung bei Application der Anode) auf den vastus externus oder internus oder biceps, so beobachtete ich bei hinreichend starkem *Batteriestrom zuerst* eine blitzartige Schliessungszuckung, welcher sich, wenn auch nicht unmittelbar darauf, so doch deutlich *später* ein weiteres *träges* Einsinken der Muskulatur anschloss, „so dass eine tiefe Delle erzeugt wurde, wie wenn man die Elektrode in einen zähen Teig eingedrückt hätte". (Erb.) — Die kurze, blitzartige Zuckung die bei Stromesschluss der trägen und

---

[1]) Erb: die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita). — Leipzig 1886.

[2]) Fischer: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. Neurol. Centrabl. 1886. Nro. 4.

später tonisch auch nach der Oeffnung des Stromes längere Zeit zurückbleibenden und nur allmählich schwindenden Contraction vorausgeht, hat wohl auch Erb gesehen (Vgl. z. B. l. c. Seite 43 und 72): ich konnte es in diesem meinem Falle, so oft ich bei Anwendung stärkerer Ströme den Versuch machte, beobachten.

Die wellenförmigen, in rhythmischer Folge auftretenden Contractionen, welche Erb für seine Fälle beschrieben, welche von der Kathoden- nach der Anodenseite hin ablaufen, konnte ich bei meinem Patienten nicht hervorrufen, obgleich ich mich bei der Anordnung des Versuches genau an Erb's Vorschrift (grosse Elektrode Nacken (oder auf das Brustbein), eine etwas kleinere (Ka) auf die innere Handfläche resp. an die Seite der Kniescheibe, eher starker Strom 12 M. A. und darüber) gehalten habe. —

Damit ist natürlich nicht gesagt, dass sie bei meinem Patienten nicht doch hervorzurufen gewesen wären; denn auch Erb betont, dass es ihm an einzelnen Tagen schwierig wurde, das Phänomen deutlich hervorzurufen, und auch Fischer bemerkt, dass seine ersten hierauf gerichteten Versuche missglückten: es sei dieses Phänomen von örtlicher und zeitlicher Disposition, Gestalt, Lagerung und Ermüdung des Muskels abhängig. Wenn es also so competenten Beobachtern, welche dabei ihre Kranken längere Zeit und wiederholt untersuchen konnten, zeitweilig schwierig wurde oder überhaupt nicht gelang, diese interessante Erscheinung zur Darstellung zu bringen, so wird es mir nicht angerechnet werden, dass ich bei einer, wie ich nochmals betone sehr kurzen Exploration., welche mir der Pat. gönnte, dieses Phänomen nicht gesehen habe. Die Kürze der Zeit, die mir so für die Untersuchung zu Gebote stand, entschuldigt auch wohl (der Kranke kündigte mir seinen Besuch plötzlich an), dass ich nicht Alles, was speciell Erb beschrieben, nachuntersuchte; natürlich musste ich auch darauf verzichten, von dem nur ganz kurze Zeit am Orte verweilenden Kranken, Muskelstückchen für die mikroscopische Untersuchung zu entnehmen.

Als ich im Jahre 1879 meine oben citirte Arbeit abschloss, war ich zu dem Resultat gekommen, dass die *Thomsen'sche Krankheit eine auf ererbter oder congenitaler Anlage beruhende selbstständige Erkrankung des willkührlichen Muskelsystems sei.* Neben anderen Beweismomenten hatte ich damals an die von Soltmann (1877)[1]) aufgedeckten physiologischen Eigenthümlichkeiten der Muskeln und Nerven des Neugeborenen und an das von Ranvier (1873) besonders untersuchte eigenthümliche Verhalten der rothen und weissen Muskeln

[1]) Die damals von mir gemachte Annahme war die, dass auf Grund von Ererbung oder congenitaler Anlage Thomsen'sche Kranke auch späterhin während der Entwicklung ihre Muskeln in *abnormer* Weise in dem ursprünglichen Jugendzustand beibehalten. Diese Muskeln, so darf man vielleicht vermuthen, gleichen in vielen Beziehungen den rothen Muskeln der Kaninchen z. B. und sind in Vergleich zu der spärlichen Menge normaler Muskelfasern von Anfang an in abnormer Menge vorhanden.

bei Kaninchen und Rochen aufmerksam gemacht. — Erb hat dann noch weitere hierhergehörige Arbeiten verschiedener Autoren angeführt und durch seine eignen mikroscopischen Untersuchungen den Nachweis ganz characteristischer Veränderungen der Muskelfasern bei an Thomsen'scher Krankheit leidenden Menschen gegeben. — Bekanntlich ist Erb trotzdem kein unbedingter Anhänger der myopathischen Theorie und er hat es wahrscheinlich zu machen versucht, dass das Leiden eine Art von Trophoneurose der Muskeln darstellt, deren eigentlicher Ausgangspunkt und Sitz in den centralen trophischen Apparaten zu suchen wäre. Es ist wohl klar, dass diese Frage, wenn überhaupt, so doch kaum früher wird entschieden werden können, ehe nicht weitere ausreichende pathologisch anatomische Untersuchungen des Muskel- und vor Allem des centralen und peripherischen Nervensystems vorliegen. Vorläufig müssen wir uns begnügen, aus den Gebieten der Physiologie und der Pathologie alles zu berücksichtigen, was uns in Betreff der hier vorliegenden Fragen eine weitere Aufklärung verschaffen kann. Wenn auch nicht alle der schon bekannten Einzelheiten mit dem bei der Thomsen'schen Krankheit gefundenen eigenthümlichen Verhalten der Nerven und Muskeln übereinstimmen, so schärfen sie doch unsere Aufmerksamkeit für künftige etwa der Betrachtung zugängliche Fälle. —

So erwähnt Erb schon, meiner Ansicht nach allzukurz, einige Arbeiten Grützner's[1]), in welchen dieser Autor gezeigt hat, dass die meisten einzelnen Muskeln der Kaninchen, die, was die *Gesammtheit* ihrer Fasern betrifft, weder der einen (schnell sich zusammenziehenden, leicht erreg- und ermüdbare *weissen*,) noch der anderen (langsam sich contrahirenden weniger erreg- und ermüdbaren *rothen*) Kategorie Ranvier's angehören, *Gemische* von Fasern darstellen, von denen sich die einen anatomisch und physiologisch wie die weissen, die andern wie die rothen verhalten. Grützner gelang es in *einem* Muskel bald die eine, bald die andere Fasergruppe zu erregen, so dass die Muskelcontractionen bald langsam, wurmförmig, bald kurz und blitzartig abliefen. Aehnliches glaube ich diesmal in grosser Deutlichkeit bei meinem Patienten constatirt zu haben, wie es ja einigemale auch schon von Erb beobachtet worden ist.

Durchschnitt Grützner die zu den Muskeln führenden Nerven, so erwiesen sich die rothen Muskeln bezw. die rothen Faserantheile innerhalb der weissen sehr viel widerstandsfähiger und zeigten noch, nachdem die anderen ihre Erregbarkeit eingebüsst hatten, Lebens- und Reactionsfähigkeit: ja, Grützner spricht sogar die Vermuthung aus, dass auf diese Eigenschaft der rothen Faserantheile das zurückzuführen sei, was man Entartungsreaction nenne. —

Denkt man an die Beschreibung Ranvier's von dem sehr bedeutenden Kernreichthum der rothen Muskelfasern der Kaninchen, an

---

[1]) P. Grützner: Ueber physiologische Verschiedenheiten der Skelettmuskeln. Zur Physiologie und Histologie der Skelettmuskeln. — Bresl. Aerztl. Zschr. 1883 Nro. 18 und Nro. 24.

die auch von Erb gefundene Kernvermehrung der kranken Muskelfasern bei dem Thomsen'schen Leiden, an die in neuster Zeit von E. Gräber[1]) gefundene Thatsache, dass das charakteristische Symptom der EaR (galvanische Uebererregbarkeit mit trägem Zuckungsmodus) ohne nachweisliche histologische Abnormität des nervösen Apparates durch rein muskuläre Affection eintreten kann[2]), (eine Anschauung, welche ich übrigens schon vor vielen Jahren auf anderem Wege gewonnen hatte, Vergl. D. Arch. für Kl. Med. 1875 Bd. 16), so wird man zwischen diesen Thatsachen und einigen der auffallendsten Symptome bei der Thomsen'schen Krankheit keine geringe Analogie finden. — Dass die von einigen Physiologen beschriebenen Erscheinungen sich mit denen, die bei der in Rede stehenden Krankheit gefunden worden, nicht vollkommen decken, wird nicht Wunder nehmen, da ja z. B. *neben* dem oben hervorgehobenen Kernreichthum Thomsen'scher Muskeln noch vielfach andere von Erb gefundene Anomalien bestehen.

Der *rhythmische Tetanus*, welchen Richet[3]) an den Scheerenmuskeln des Flusskrebses bei mässig starken *faradischen* Strömen sah, errinnerte schon Erb an die rhythmischen Contractionswellen bei der Thomsen'schen Krankheit. Aber auch für die von Erb beschriebenen rhythmisch wellenförmigen Contractionen bei stabiler Stromeinwirkung finden sich in Hering's[4]) Arbeiten z. B. schon Analogien. Hielt dieser Autor den Längsquerschnittsstrom eines Froschsartorius durch eine indifferente leitende Flüssigkeit dauernd geschlossen, so zeigte derselbe während der Dauer dieser Schliessung fibrilläre Zuckungen, welche die Gestalt regelmässiger rhythmischer Partialcontractionen mit entsprechenden pendelnden Bewegungen des Gesammtmuskels annehmen können, oder auch nur zu unregelmässig wogenden Bewegungen führen. *Unversehrte*, an sich stromlose Sartorien, welche man von *schwachen constanten Strömen durchfliessen lässt, zeigen dieselben Erscheinungen.*

Ueber *rhythmische Contractionen quergestreifter Muskeln* unter dem Einfluss des constanten Stroms hat ferner Biedermann[5]) ausführliche Mittheilungen gemacht, am eingehendsten aber wohl L. Her-

---

1) E. Gräber. Histologischer Befund bei der partiellen Entartungsreaktion und bei Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Sep.-Abdr. München Gesellsch. f. Morphol. und Physiol. etc. 1887.

2) Gräber fand in einem Falle künstlich erzeugter partieller EaR als *einzige* nachweisbare histologische *Veränderung* (bei normalem Verhalten der nernervösen Apparate) eine deutlich in die Augen springende *Vermehrung der Muskelkerne* in etwa der *Hälfte* bis 2/3 der Fasern (*nicht* bei allen).

3) Cl. Richet: Arch de Physiol. norm. etc. etc. 1879. S. 262.

4) E. Hering: Beiträge zur allgemeinen Nerven- und Muskelphysiologie. Erste Mittheilung: Ueber direkte Muskelreizung durch Muskelstrom. Wiener Med. Sitz. Ber. Abth. III. Jan., 1879.

5) Biedermann; Beiträge zur Nerven- und Muskelphysiologie. — Wiener Med. Sitz. Ber. 1884. Abth. III. 79—86.

mann auf dieses *galvanische*, schon 1860 von Kühne gesehene, *Wogen des Muskels* die Aufmerksamkeit gelenkt[1]).

Die merkwürdige Beobachtung besteht darin, dass ein von einem galvanischen Strom der Länge nach durchflossener Muskel ein Wogen seiner Substanz zeigt, welches *im Sinne des positiven Stromes* abläuft. Es sind der m. sartorius, geniohyoideus und der m. submaxillaris vom Frosch für die Demonstration der Erscheinung am passendsten; vergänglicher ist sie bei Warmblütern. Dünne des Muskels, Parallelfasrigkeit desselben und geringere Festigkeit, sowie eine gewisse Stromdichte (bei Froschmuskeln $0{,}04-0{,}06\ \frac{\text{Milli-Ampère}}{\text{Quadrat-Milimeter}}$) begünstigen das Zustandekommen des Phänomens. Ich verzichte darauf, hier ein vollkommenes Referat der Arbeit Hermann's zu geben, welcher alle hier in Betracht kommenden Verhältnisse einer genauen Durchforschung und Besprechung unterzogen hat; ich verweise den interessirten Leser auf das Original. Nur *das* hebe ich als für die vorliegende Besprechung wichtig hervor, dass die Fortpflanzung der Erregungswellen in den obigen Versuchen immer nur in *einer* Richtung, *nämlich nach der Kathode hin*, geschah. Das Ganze (das Kühne'sche Phänomen) ist nach du Bois-Reymond (dem Hermann zustimmt) eine Erregungserscheinung, aber von abnormem Auftreten und abnormer Fortpflanzung. Die Erklärung des Phänomens ist nach H.[2]) folgende: „Eine Durchströmung sämmtlicher Fasern ist überhaupt nur denkbar „bei einem genau parallelfasrigen und genau geradlinig ausgespannten „Muskel, dessen Elektrodenflächen genaue Querschnitte sind. Diese „Bedingungen dürften nie verwirklicht sein. Die Mehrzahl der Fasern „wird demnach immer nicht bloss eine Anoden- und eine Kathoden„stelle habe, welche den Elektroden des Gesammtmuskels entsprechen, „sondern eine grössere Anzahl von Ein- und Austrittsstellen wegen „schrägen und queren Verlaufs der Strömungslinien zu den einzelnen „Stellen der Fasern, ganz besonders, wo die letztern zufällig gekrümmt „liegen. Während nun mässige Ströme die Fasern nur an der eigentlichen „Kathode erregen, weil die Dichte hier bei weitem am grössten ist, werden „starke Ströme auch jede zufällige secundäre Kathodenstelle zum Aus„gangspunkt einer Erregung machen. Schon die nur an der Haupt„kathode erregenden Stromstärken machen, wenn sie etwas über der „Schwelle liegen, an ersterer einen idiomuskulären Wulst, wie man „ganz deutlich sehen kann. Die starken Ströme machen nun solche „Wülste auch an jeder secundären Kathodenstelle, und nach dem eben „Gesagten muss sich jede solche Localreizung in Gestalt eines Wulstes „relativ langsam in der Richtung nach der Kathode hin fortpflanzen.

---

[1]) L. Hermann: Ueber das galvanische Wogen des Muskels. Pflüger's Arch. 1886. Bd. 39. S. 597.

[2]) Fast identische Angaben über den wahren Ort der A und Ka im Muskel hat schon W. Hering in seiner Arbeit: Ueber die Methoden zur Untersuchung der polaren Wirkung des electrischen Stromes im quergestreiften Muskel. — Wiener Med. Sitz. Ber. 1879. April Bd. 79. gemacht. —

„Die Entstehung und Fortbewegung der Wülste macht neue Verän„derungen und neue Unregelmässigkeiten im Verlauf der Strömungs„linien zur Faserung und giebt so *zu immer neuen Erregungen* Anlass. „So entsteht das merkwürdige Wogen". —

So wäre demnach dieses galvanische Wogen der Muskeln nicht mehr der Reihe absolut abnormer Vorgänge zuzuzählen, da es ja bei Frosch- und auch bei geeigneten normalen Säugethiermuskeln zu beobachten ist. Dass es beim normalen gesunden Menschen noch nicht gesehen worden und vielleicht überhaupt nicht zu beobachten ist, liegt wohl daran, dass ganz abgesehen von der den Stromeintritt hemmenden Hautbedeckung und dem Umgebensein der dem unversehrten Organismus angehörigen Muskeln von anderen, mehr oder weniger gut leitenden Geweben, die Bedingungen zumeist nicht erfüllbar sind, die H. als für das Zustandekommen des Kühne'schen Phänomens nothwendig erkannt hat (vergl. oben: Dünnheit der Muskeln etc., bestimmte Spannungsgrade, Temperatureinflüsse).

Dass die von Erb bei seinen an der Thomsen'schen Krankheit leidenden Patienten gefundenen rhythmisch-wellenförmigen Contractionen der Muskeln bei stabiler Stromeinwirkung eine der oben citirten analoge Erscheinung ist, scheint mir nicht zweifelhaft; nur beschreibt sie Erb (und später Fischer) als von der *Kathode* ausgehend und *sich zur Anode hin* bewegend: also eine umgekehrte Richtung wie beim Kühne'schen Phänomen einschlagend. — In der Erklärung der Erscheinung glaubt E. die physiologische Lehre bestätigt, dass die Reizwirkung bei der Schliessung und beim Geschlossensein des galvanischen Stroms stets von der Kathode ausgeht: anders „kann wohl die Richtung der Wellenbewegung — von der Ka her zur A hin — nicht gedeutet werden." —

Da nun aber diese Richtung der Welle bei *gesunden* Muskeln nach Kühne, du Bois-Reymond, Jendrassik[1]) Hermann eine gerade entgegengesetzte ist, so muss ein besonderer Grund vorliegen, warum die Erscheinung bei den *erkrankten* Muskeln der an Thomsen'scher Krankheit Leidenden, *so* abläuft, wie Erb es beschreibt. Ich erlaube mir hierzu Folgendes zu bemerken: Bei der Thomsen'schen Krankheit ist die galvanische Erregbarkeit der Muskeln gesteigert, die Pole wirken meist in gleicher Stärke, ja nicht selten wirkt die Anode kräftiger als die Ka: Erb selbst macht hierbei auf die Aehnlichkeit dieser Verhältnisse mit denen der Entartungsreaction aufmerksam. Wenn nun Hering und Hermann, wie mir scheint mit Recht, das Phänomen bei *normalen* Muskeln durch die Bildung zahlreicher *secundärer*, wie wir mit einem der Elektrodiagnostik entnommenen Namen sagen würden *virtueller* Kathoden erklären, durch welche nach einander (nach H. schreitet das Wogen mit einem Tausendstel derjenigen Geschwindigkeit im Muskel fort, mit der die Fortpflanzung der Erregung sich im normalen Muskel vollzieht) secundäre (virtuelle) *Kathoden*stellen (Lokalreize) geschafft werden, so könnte man bei den kran-

[1]) Siehe die Literatur bei L. Hermann.

ken, so leicht erregbaren und dem Anodenschluss mindestens ebenso, einem KaS oftmals prompter und leichter noch gehorchenden Muskeln von mit Thomsen'scher Krankheit behafteten Menschen daran denken, dass an den secundären (virtuellen) *Anoden*stellen, welche bei Stromesschluss von der *Kathode* ausgehend sich nach der Anode hin bewegen müssten, die lokalen Wülste und Contractionen eher entstehen und so das eigenthümliche Wogen in der der normalen entgegengesetzten Richtung bedingen. Dass auch bei der Thomsen'schen Krankheit das „galvanische Wogen“ zuerst undeutlich und in *schwer bestimmbarer* Richtung erfolgen kann, erzählen uns die Mittheilungen Fischer's; warum aber überhaupt das Phänomen am lebenden Menschen nur bei solchen gesehen wurde, welche an der in Rede stehenden Krankheit litten, und nicht auch sonst hier und da wenigstens beobachtet wurde, wo in gleicher Weise eine gesteigerte Muskelerregbarkeit, ausgezeichnete Anodenwirkung, Trägheit der Zuckung etc. vorhanden war (ich erinnere z. B. an frische Fällen von EaR) ist bisher noch nicht genügend aufgeklärt, dürfte wohl aber mit Recht auf die seit Erb's Untersuchungen besser bekannt gewordenen ganz *eigenthümlichen* Veränderungen der Muskeln bei dieser Krankheit zu beziehen sein. Hier haben weitere Untersuchungen einzusetzen. —

Zum Schluss errinnere ich noch an zwei andere hierhergehörige Arbeiten aus der neuesten Zeit, welche beide über das verschiedene Verhalten quergestreifter Muskeln, sei es eines und desselben oder nahe verwandter Individuen, gegen physiologische Reize berichten, ich meine die Arbeiten: P. Grützner's: Zur Muskelphysiologie Bresl. Aerztl. Zschr. 1887, Nro. 1 und A. Rollets: Beiträge zur Physiologie der Muskeln Wien 1887. Bd. 53. Denkschr. der Mathem. Naturw. Classe der Kaiserl. Akad. d. Wissensch.

II. Original-Vereinsberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Oktober 1887.

574) **A. Eulenburg** demonstrirt einen neuen Apparat zur Anwendung der Spannungs-Elektricität.

575) **Moll:** *Der Hypnotismus in der Therapie.*

Vortrag. berichtet zunächst nach eigener Anschauung über die hypnotischen Studien in Frankreich und die herrschenden Differenzen zwischen Charcot und der Schule von Nancy. Er selbst neigt mehr der letzteren zu, wonach kein Zusammenhang zwischen Hypnose und Hysterie besteht und die Suggestion eine wesentliche Rolle spielt, insbesondere auch therapeutisch verwerthet wird. In der Methode selbst wird von der letztgenannten Schule die Suggestion auch schon herangezogen und der Schlaf z. B. durch Einreden aller Einzelheiten ohne fixiren zu lassen hervorgerufen. Die Ideen des Schlafes hervorzurufen ist die Hauptsache. Nach Augenschluss beginnt

die therapeutische Suggestion. Es macht dies einen naiven Eindruck, der Erfolg tritt aber bald ein. Ein Schmerz, eine Lähmung geht auf diese Weise weg und es wird alsdann noch eine posthypnotische Suggestion zugefügt, dass es auch besser bleiben werde. Auch das Erwecken wird in Nancy durch Worte vorgenommen: „Wachen sie auf.“ Vortrag. hat den Hypnotismus mit Erfolg angewandt bei Neuralgien, Neurasthenie und Kopfschmerz, als Schlafmittel. Es waren die bekannten Mittel vorher ohne Erfolg angewandt worden. Die Schattenseiten der Behandlung sind, dass der Hypnotismus nicht bei allen Individuen gelingt oder die Hypnose nicht tief genug ist oder keine Besserung eintritt. Vortrag. hat weniger Leute hypnotisirbar gefunden, als die Schule in Nancy. Bernheim daselbst gelang es, 92% zu hypnotisiren, nur bei Deliranten und Blödsinnigen gelang es nicht. Manche Leute sind hypnotisch zu beeinflussen, ohne dass sie schlafen. Bei einiger Vorsicht kann der Hypnotismus nicht schaden. Bei öffentlichen Schaustellungen sei eine psychische Schädigung möglich wegen der oft schrecklichen Suggestionen oder einer Misshandlung des Körpers bei gewaltsamen Prozeduren. Vortr., welcher nur functionelle Krankheit mit Hypnotismus behandelt hat, glaubt, dass auch bei organischen wenigstens einzelne Symptome beseitigt werden können und führt hierhergehörige Erscheinungen aus der Literatur an: Heilung eines Hornhautgeschwürs durch Hypnose, Auftreten von Hautblutungen durch Suggestion, Entstehen einer Blase auf der Haut durch eine Briefmarke oder ein kaltes Eisen, nachdem ein Zugpflaster resp. glühendes Eisen suggerirt war, Steigerung der Pulsfrequenz um 23 Schläge durch Suggestion, Auftreten rauschartiger Zustände durch Suggestion von Alkohol- resp. Sektgenuss. Ohne Suggestinn wendet er die Hypnose vielfach als Beruhigungsmittel an. Wenn auch bis jetzt für die beobachteten Thatsachen eine Erklärung noch nicht gegeben werden kann, so sind die Resultate der Behandlung vermittelst des Hypnotismus immerhin ermuthigend und fordern zu weiteren Versuchen auf, hat doch A. Voisin auf diesem Wege in einigen Fällen die Menstruation, welche ausgeblieben, wieder hervorgezaubert.

Sitzung vom 2. November 1887.

In der Discussion bemerkt Ewald, dass er seine alten Frauen im Siechenhaus ohne Erfolg hypnotisirt habe. Nur bei zwei jungen Hysterischen gelang es, Schlaf hervorzurufen. In Paris gelinge es leichter, das liege wohl an der Bevölkerung. Die Suggestion sei nicht etwas besonderes. Man müsse sie unter gewöhnlichen Umständen suchen. Im gewöhnlichen Schlaf könne eine bestimmte Bewegung suggerirt werden. Hysterische eigneten sich wegen ihres Eigenwillens schlecht zur Suggestion. Die Behandlung durch Suggestion gehöre nicht in das Gebiet des Arztes, dieselbe könne ja jeder Schäfer vornehmen. Die Ursache der grossen Zahl von Hypnotisirbaren in Nancy liege in der Nachahmung.

Mendel bemerkt, die Hypnotisirten in den Pariser Anstalten seien alle präparirt; anfangs seien sie auch nicht so gut zu gebrauchen. Ein Verfahren, das der Suggestion nahe stehe, habe man in der Halle'-

schen Klinik schon früher mit Erfolg geübt, indem man die Wirkung des Brechmittels unterstützt durch die Worte, man würde nun dreimal brechen, dann gesund sein. Er könne nicht rathen; den Hypnotismus und die Suggestion ohne weiteres anzuwenden. Es würden Gesunde darnach nervös und Nervöse noch kränker nach seinen Erfahrungen. Man solle, da Gefahren nicht ausgeschlossen, die Indication nicht zu weit stellen.

Moeli zieht eine Parallele zwischen der Suggestion und einer Erscheinung des Delirium tremens, welche darin besteht, dass eine Sache, die gar nicht vorhanden ist, z. B. ein Flecken am Kleid, wenn man sie dem Deliranten als vorhanden darstellt, auch als solche betrachtet wird. Ferner wird nach seinen Erfahrungen der Hypnotismus bei vielen Hysterischen und Hystero-Epileptischen schlecht vertragen. Es gelingt oft nicht oder es tritt ein Anfall ein beim Fixiren und alsdann später selbst bei anderen Untersuchungen z. B. der Sensibilität auch. Er warnt desshalb vor zu ausgedehnter Anwendung des Hypnotismus.

Nachdem Jensen einen Vergleich des H. mit der Katatonie angestellt hat, bemerkt Moeli Hysterische seien auch seiner Erfahrung nach nicht geeignet. Man solle, da Hypnotismus nervös macht, Hysterische nur vorsichtig damit behandeln.

Otto (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

576) **Catsaras:** Étude sur un cas de paralysie spasmodique infantile. (Fall von infantiler spastischer Lähmung). (Ann. méd. psycholog. 1887 Juli.)

5jähriges Kind bei der Geburt gesund Vater Potator. Im 2. Lebensjahre Unvermögen aufzustehen und zu articuliren. Dabei Strabismus, Contracturen. Keine Convulsionen, keine Fiebererscheinungen. 3 Jahre später spastischer Gang, Contrakturen der Extremitäten, gesteigerte Sehnenphänomene, spinale Epilepsie ohne Sensibilitäts- und trophische Störungen, dabei Strabismus, Athetose. Es werden nur ein Paar Worte gesprochen: Psyche intact.

Verf. meint eine Störung der motorischen Hirnrindenregion mit secundärer Veränderung der Pyramiden liege zu Grunde und nimmt als Ursache für die Störung den Alkoholismus des Vaters an.

Otto (Dalldorf).

577) **Madsen** (Kopenhagen): Faelleforskning angaaende Aetiologien af Korea. (Sammelforschung über die Aetiologie der Chorea in Dänemark.)

(Hospit. Tid. Nro. 39. 1887.)

Die Sammelforschung hat in Dänemark 118 Fälle von Chorea behandelt; 76 männlichen, 92 weiblichen Geschlechts. Davon waren über 30 Jahr alt 2 Fälle, im Alter von 1—5 Jahren 7 Fälle; 6—10 Jahr 42 Fälle; 11—15 Jahr 50 Fälle; 16—20 Jahr 14 Fälle, 20—30 Jahr 3 Fälle.

In 25 Fällen war subacuter Gelenkrheumatismus nachgewiesen, in 15 Fällen davon sehr bald nach dem ersten Chorea-Anfall. Herz- und Pericardaffection waren elf mal vorausgegangen, darunter vier mal Endocarditis. In 22 Fällen gingen heftige Affecte der Krankheit voraus, darunter elf mal Schreck oder Furcht.

Als dem Anfall kurz vorausgehende Krankheiten wurde in 20 Fällen Anaemie und Chlorose, in 8 Fällen acuter Gelenkrheumatismus angegeben. In Island fanden sich 2 Fälle von Chorea.

Kurella (Owinsk).

---

578) **Humptog** (London): Sammelforschung über Krankheiten des Greisenalters. (British medic. journ. 1887. p. 233.)

Hirnkrankheiten spielen im höheren Alter eine grosse Rolle; vorübergehender Bewusstseinsverlust ist häufig, Congestionen und viele wenig gekannte Ursachen führen dazu. Solche Zustände sind bedenklicher und deuten auf circumscripte Hirnleiden, wenn gleichzeitig Lähmungserscheinungen vorkommen, nicht selten endet der Verlauf mit einem apoplectischen Anfall, nachdem lange Zeit hindurch nur die erwähnten Erscheinungen da waren; selbst diese Zufälle können ohne dauernde Folgen bleiben; die ermittelten Zahlen geben in 25 Fällen völlige Rückbildung schwerer, mit Convulsionen verbundener Hemiplegieen. Bekanntlich ist Hirnschrumpfung eine gewöhnliche Folge hohen Alters; manche der erörterten Anfälle mögen auf Störungen in der räumlichen und hydrostatischen Compensation dieser Volumen-Abnahme beruhen. Kurella (Owinsk).

---

579) **C. Lange** (Kopenhagen): Spredte Meddelelser til Epilepsiens Nosologi. (Beiträge zur Nosologie der Epilepsie.)

(Hospitals-Tidende 1887. Nro. 31 und 32.)

Die Nosologie der Epilepsie wird sehr abweichend dargestellt je nach der Eigenart des den Autoren zugänglichen Materials; die in Irrenpflegeanstalten an einem oft in vieler andrer Beziehung degenerirten Publikum gemachten Beobachtungen differiren stark von den Ergebnissen einer Consultationspraxis unter einem gebildeten Publikum, wo anamnestische Daten leicht und vollständig zu erlangen sind. Deshalb müssen sich solche Beobachtungsreihen ergänzen. Lange hat unter seinen eigenen 229 Fällen 55% männlichen, 45% weiblichen *Geschlechts* gefunden, während man sonst das weibliche Geschlecht für stärker disponirt hält. Bei Frauen treffen sich jedoch häufig nervöse Störungen anderer Art, die mit Epilepsie zusammengeworfen werden. Unter 56 Fällen, bei denen die Krankheit vor dem 10. Jahr begann, fand L. 29 männlichen, 27 weiblichen Geschlechts. *Altersangaben* fallen wahrscheinlich meist etwas zu hoch aus; L. sah den Beginn der Krankheit vor dem 10. Jahr in 56 Fällen, zwischen 10 und 20 in 65, zwischen 20 und 30 in 43, zwischen 30 und 40 in 25 Fällen, also 77% vor dem 30., 56% vor dem 20., 26% vor dem 10. Lebensjahr. Die zeitliche Disposition scheint bei beiden Geschlechtern gleich zu sein.

Statistiker aus Irrenanstalten geben in der Regel einen noch höheren Procentsatz für die Entstehung des Leidens in der ersten Lebenszeit. Die *Erblichkeit* wird sehr verschieden angegeben; die Unterschiede mögen zum grossen Theil bedingt sein durch die sehr verschiedenen Anschauungen über die Ausdehnung dieses Begriffs.

Lange fand 101 Fälle, in denen nähere Verwandte in der Ascendenz an ernsten nervösen Störungen gelitten hatten; bei 71 (35%) fand sich Epilepsie in der Familie, bei 50 (25%) bei den Eltern (23 Mal beim Vater, 29 Mal bei der Mutter, einmal bei beiden). Von den Männern hatten 11 vom Vater, 13 von der Mutter geerbt, von den Frauen 12 vom Vater, 13 von der Mutter. Die Annahme, dass die erbliche Disposition zur Epilepsie sehr früh zur Entwicklung kommt, bestätigte sich L. nicht; unter 65 hereditär Belasteten waren 21 über 20 Jahr beim ersten Anfall, und von diesen 7 über 30 Jahr. Die häufig gemachte Behauptung, dass Epileptiker oft von Alcoholisten stammten, bestätigte sich für L. durchaus nicht. Einen Dipsomanen fand er nur einmal, als Vater von 2 epileptischen Mädchen. Consanguinität der Eltern konnte L. nie constatiren.

Kurella (Owinsk.)

580) **A. Marro**: (Turin): Ricerche analitiche sulle orine di persone lipemaniche. (Urinanalysen bei Melancholischen.)

(Separat-Abdruck aus dem Giornale della R. Accademia die Medicina. 1887. 35 S.)

Die Untersuchungen Marro's bedeuten in Methode und Resultat eine so erhebliche Förderung der vielumstrittenen Frage nach der Phosphorsäureausscheidung bei Psychosen, dass ein etwas eingehenderes Referat gerechtfertigt erscheinen mag. Das unmittelbare Object der Untersuchungen M.'s waren 10 Melancholiker, von denen die meisten an Praecordial-Angst hohen Grades litten; zur Controlle wurde gleichzeitig die Analyse des Urins von 5 andern Personen, theils Blödsinniger, theils Gesunder, durchgeführt.

Untersucht wurde die Quantität von je 24 Stunden. Bestimmt wurde zunächst (nach der gewöhnlichen Titrirmethode) die gesammte Phosphorsäure, darauf (nach Fresenius) die Menge der an Erdalkalien (Kalk und Magnesia zusammen) gebundenen Säure, zuletzt (nach Einäscherung, wiederum nach Fresenius) die an Magnesia gebundene und die an Kalk gebundene Phosphorsäure, jede Quantität für sich.

Es ergab sich nun, dass bei den 10 Melancholikern die Menge der an Erd-Alkalien gebundenen Phosphorsäure 34%—100%. der gesammten Phosphorsäure betrug, und dass bei Gesunden dies Verhältniss 21%—26% ausmachte; während ferner bei Melancholischen die Hälfte oder mehr als die Hälfte der an Erd-Alkalien gebundenen Säure mit dem Kalk combinirt war,*) im Urin Gesunder dagegen dieser Antheil der gesammten Säure nur 4,6%—12,8% ausmacht.

M. stellt a priori die Möglichkeit einer dreifachen Erklärungsweise dieser Tathsache fest:

*) In absoluten Zahlen 0,166—0,342 Gr. gegen 0,067 —0,140 gr. bei Gesunden.

1) Die erhöhte Ausscheidung von Erdphosphaten ist die unmittelbare Folge eines durch die Krankheit erhöhten Zerfalls der Gehirnsubstanz.

2) Sie ist eine Folge von Aenderungen in der Innervation der Nieren.

3) Es handelt sich um den Ausdruck einer allgemeinen, vom Gehirn abhängigen Ernährungsstörung.

Das Gehirn enthält nun nur 0,03—0,06% an Kalk gebundene Phosphorsäure, d. h. etwa nur ein Zehntel der in M.'s Fällen täglich ausgeschiedenen Quantität dieses Bruchtheils der gesammten Säure, damit ist die Herkunft derselben aus dem Gehirn ausgeschlossen.

Die zweite Hypothese ist zwar a priori aufzustellen, indess spricht durchaus keine Erfahrungsthatsache für sie, während für die dritte Annahme (einer allgemeinen Stoffwechselstörung) die von M. bei allen seinen Melancholikern gleichzeitig im Urin aufgewiesenen Fettsäuren sprechen, und zwar entweder Essigsäure allein, oder Essigsäure + Ameisensäure, während die (nach Barford, organ. Analyse p. 86) durchgeführte quantitative Bestimmung der Fettsäuren noch die Anwesenheit einiger andrer neben den beiden genannten wahrscheinlich machte.

„Die Anwesenheit dieser Säuren im Blut, die so bedingte Abnahme seiner Alcalescenz, und die dadurch bedingte Lösung der alkalischen Erden in den Geweben genügen zur Erklärung der beobachteten Erscheinungen".

Diese Verarmung des Gehirns an Phosphorsäure, bedingt durch die Hinderung der Bildung unlöslicher Salze, will M. auch für die Depressionserscheinungen der Melancholie verantwortlich machen. Er hebt dabei hervor, dass auch Würtz und Bouchard bei Oxalurie eine Steigerung der Phosphorsäure in Verbindung mit Kalk gefunden haben.

Ref. möchte in aller Kürze auch noch auf die Rolle hinweisen, die C. Lange der Anwesenheit organischer Säuren im Blut für die Entstehung der von ihm beschriebenen „periodischen Depressionszustände" anweist. (S. dies Centralblatt Nro. 9.)

Kurella (Owinsk).

---

581) **Bessière:** Traitement du délire épileptique. (Behandlung des Delirium epilepticum.) (Ann. méd. psycholog. 1887 Mai.)

Verf. verlangt energisches Eingreifen und zwar verschiedenartig: für petit mal empfieht er Morph. mur. subcutan, für epileptische Tobsucht anfangs Tartarus stibiatus, später Chloral, Paraldehyd oder Atropin. sulf. subcutan und ausserdem prolongirte Bäder. In den Intervallen gibt er Bromkali allein oder letzteres mit Zinkoxyd und Belladonna zusammen.

Otto (Dalldorf).

---

582) A. Erlenmeyer (Bendorf): Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. (Dritte Auflage. Neuwied, Heuser's Verlag. 1887. 463 S.)

Als wir des Verf.'s Schrift, welche jetzt in dritter Auflage vor uns liegt, zum ersten Male besprachen (Centralbl. f. Nervenhlk. 1883 pag. 302) war es hinsichtlich des Umfangs ein bescheidenes Büchlein von 95 Druckseiten. Nach 6 Wochen schon ward eine erneute Auflage nöthig als Beweis dafür, „wie das Interesse für die Morphiumsucht sich noch im Flusse befand", sicherlich aber auch dafür, wie sehr der Verf. mit seiner Schilderung damals den Nagel auf den Kopf getroffen. Die zweite Auflage, deren wesentliche Bereicherung in der am Schlusse beigefügten Besprechung der einschlägigen Literatur bestand, haben wir in unseren Blättern nicht besprochen, müssen aber auf das jetzt vorliegende Buch aus verschiedenen Gründen etwas näher eingehen. Damals referirten wir über Obersteiner's und des Verf.'s Schrift gleichzeitig und versuchten eine Vergleichung beider zur selben Zeit erschienenen Werkchen, indem wir namentlich die übereinstimmenden Punkte hervorhoben. Heute liegt E.'s Schrift als ein ganz neues Buch vor uns, welches nicht allein an Umfang dadurch zugenommen, dass 50 Krankengeschichten eigener Beobachtung beigefügt sind, sondern welches den betr. Gegenstand in ausführlicherer, breiterer Darstellung nach allen Seiten hin vorführt und welches des Verf.'s reiche Erfahrung und Beobachtung auf diesem Gebiete wiederspiegelt.

Der erste Abschnitt behandelt die *Ursachen und Entwicklung der Morphiumsucht.* Sie zerfallen in Zustände des körperlichen und Zustände des seelischen Schmerzes. Der Uebergang zwischen beiden bildet die Schlaflosigkeit, welche, mag sie körperlich, oder seelisch oder durch wirkliche Geisteskrankheiten bedingt sein, immer erfolgreich durch Morphium bekämpft wird. Hinsichtlich des Vorkommens der Morphiumsucht ist es leider eine übereinstimmende traurige Erfahrung, dass die Medicinalpersonen und unter diesen die Aerzte selbst den grössten Beitrag zu der Krankheit liefern. Die Gründe dafür liegen nahe. Die „Art der Zufuhr", die „Krankheitsentwicklung" braucht hier nicht näher berührt zu werden, nur über den Namen der Krankheit ein paar Worte. „Chronische Morphiumvergiftung" und „Morphiumsucht" sind keineswegs zwei sich deckende Begriffe. Wer an chron. M.-vergiftung leidet ist durchaus nicht immer morphium*süchtig*, dahingegen leidet jeder Morphium*süchtige* an chron. Morphium*vergiftung.* Die „Morphiumsucht begreift also den umfassenderen und bedeutungsvolleren Theil der ganzen Frage in sich, während die „chron. Morphiumvergiftung" nur ein kleines, uninteressantes klinisches Krankheitsbild darstellt.

Die Morphiumsucht kommt nicht zur Entwicklung, so lange noch thatsächliche ärztliche Indicationen zur Anwendung des Morphium's vorhanden sind. Verf. illustrirt diesen Satz durch einige Beispiele und bemerkt mit Recht, dass in der psychiatrischen Praxis diese Erfahrung vielfältig gemacht wird. Aber auch nicht bei allen Morphiumspritzern kommt die Sucht zur Ausbildung, denn die von Fiedler zuerst beschriebene euphoristische Wirkung tritt nicht bei

jedem Individuum auf. Es findet sich eben nicht bei jedem Individuum die für die Aufnahme dieser Wirkung nothwendige Disposition, welche „in einer gewissen Disharmonie der seelischen Functionen besteht, die sich äussert in einer Schwäche des Willens, in einer erbärmlichen Weichheit der Gefühle, in einer abnormen Erregbarkeit des gesammten Nervensystems". Bestehen nun diese angeborenen oder erworbenen pathologischen Ursachen, dann muss man die Morphiumsucht als eine *Krankheit* ansehen, fehlen sie, oder sind sie zum Schwinden gebracht, so artet die fortgesetzte Morphiumzufuhr zur krankhaften Leidenschaft, zum Laster aus. Die *Definition* der Krankheit gestaltet sich demnach folgendermassen: Man versteht unter „Morphiumsucht" neben dem klinischen Krankheitszustande, der sich durch chronische Vergiftung mit Morphium nach und nach herausbildet, die als pathologisch zu bezeichnende, durch nichts motivirte Sucht des Individuums nach Morphium als nach einem Reiz- und Genussmittel, nicht als nach einem Heilmittel". Den Schluss des ersten Abschnittes bildet die Wiedergabe der vorzüglichen Darstellung der Krankheitsentwicklung auf Grund eigener Casuistik von Dr. Loose in Bremen.

Der zweite Abschnitt handelt von der *pathologischen Anatomie der Morphiumsucht.*

In der ersten Auflage war dieses Capitel sehr kurz behandelt. Und wenn auch jetzt noch unsere Kenntniss der path. Anatomie sehr dürftig ist, so bietet der jetzt erweiterte Abschnitt doch immerhin manche interessante Punkte, wie z. B. die Befunde an der Haut von Morphinisten, am Gehirn und am Herzen. Mit Bezug auf das Fettherz (Birch-Hirschfeld fand in 2 Fällen fettige Degeneration) und dessen klinischen Nachweis bemerkt Verf., dass ihm der ursächliche Zusammenhang zwischen Fettherz und Morphium desshalb fraglich sei, weil die Morphinisten, bei denen dasselbe gefunden wurde, entweder auch starke Alkoholisten waren, oder aber ihr Fettherz schon vor der Morphiumzeit hatten. Anhang I zu diesem Capitel handelt von Verunreinigungen der Morphiumlösung als Ursache der Abscesse, Anhang II von Uebertragung von Infectionsstoffen durch die Spritze.

Einen breiten Raum nimmt selbstverständlich der Abschnitt über die *Symptome der Morphiumsucht* ein. Hier tritt des Autors scharfe Beobachtungsgabe klar zu Tage. An dieser Stelle werden mehr aus practischen, als aus logischen Gründen auch die Abstinenzsymptome, welche durch die Entziehung des Giftes entstehen, abgehandelt. Andere Autoren verlegen sie gewöhnlich in das Capitel über Therapie.

Die *Intoxicationssymptome* zerfallen in körperliche und seelische. Abstinenzerscheinungen von kurzer Dauer und schwacher Intensität kommen auch in der Intoxicationsperiode vor zu der Zeit, wenn das Individuum Morphiumhunger empfindet. Eine erneute Dosis Morphium bringt sie sofort zum schwinden. Unter den körperlichen Intoxicationssymptomen finden wir Störungen auf motorischem Gebiete: Paresen, Ataxien; Störungen der Secretion, welche ausserordentlich manigfaltig sind: Nachlass der Potenz, indem schon frühzeitig kein Sperma

mehr secernirt wird, Störung in der Function der Prostata. Bei Weibern finden wir Amenorrhoe und Sterilität und zwar durch Verlangsamung beziehungsweise Ausfall der Ovulation bedingt. Levinstein's Behauptung, dass normale Schwangerschaften nur bei kleinen Tagesdosen möglich seien, wird auf Grund eigener Erfahrung für nicht immer zutreffend erklärt. Aber die von morphiumsüchtigen Müttern geborenen Kinder sind in gewissem Sinne auch morphiumsüchtig: sie sind meist schwach, anämisch, ohne Widerstandskraft. Verminderte Absonderung des Speichels, des Magensaftes und pankreatischen Saftes und der Gallensecretion bedingen schlechte Verdauung und schliesslich Störungen der allgemeinen Ernährung. Verf. hat Kranke behandelt, die innerhalb eines halben bis eines ganzen Jahres 20, 30 und mehr Procent ihres Körpergewichts verloren hatten. Neben Secretionsstörungen an der Haut, die Verf. für die Folge eines rein mechanischen Vorgangs hält, da eine Verminderung der Talchdrüsensecretion statt hat, kommt eine Hypersecretion der Schweissdrüsen fast bei allen Morphiumsüchtigen vor. Nicht gar häufig bemerkt man auch eine Steigerung der Urinausscheidung. Auf dem Gebiete des trophischen und des vasomotor-respiratorischen Nervensystems kommt eine grosse Reihe von Intoxicationserscheinungen vor. Unter diesen hat bekanntlich Verf. zuerst auf das Lockerwerden und Ausfallen ganz gesunder Zähne sowie auf das Weichwerden und Abbröckeln des Zahnschmelzes aufmerksam gemacht. Respiration und Puls zeigen ein wechselndes Verhalten, die Pupillen sind eng und — neben anderen Symptomen — werden derartige Augen für den Kenner zum Verräther. Bei den stark schwitzenden Kranken kommen mancherlei Hautausschläge zur Beobachtung. Fieber ist selten und mit unregelmässigem Charakter, es beruht wohl auf local entzündlichen Processen. Febris intermittens ex morphinismo (Levinstein) hat Verf. nie gesehen. Auch der Beweis einer directen Morphiumalbuminurie ist bis heute nicht erbracht. Zucker als Morphiumsymptom kommt im Urin nicht vor. Neuralgien und Sensibilitätsneurosen sind selten.

Unter den *seelischen Intoxicationssymptomen* unterscheidet der Verf. vorübergehende und dauernde. Zu den ersteren gehören Angstzustände, Gesichtshallucinationen und Anfälle von Schlafsucht, zu den letzteren Abnahme der Intelligenz des Gedächtnisses und ein Stumpfwerden des Gefühlslebens. Die Moral des Patienten erleidet eine grosse Einbusse. Lüge und schamlose Betrügerei in allen Handlungen, die sich direct auf das Morphium beziehen, sind an der Tagesordnung. Der Zustand der Kranken erinnert an „moral insanity", es handelt sich bei ihnen um eine Herabsetzung der Gesammtfunction der Seele, es entsteht ein künstlich erzeugtes, vorzeitig eintretendes Greisenalter, ein senium artificiale praecox ex morphinismo. Auch ausgesprochene *Geisteskrankheiten* entstehen durch chronischen Missbrauch des Mittels. Aber man muss nicht von „Morphiumpsychosen" schlechthin sprechen, denn einmal verschuldet eine fortgesetzte Vergiftung mit Morphium die Geisteskrankheit, das andere Mal wird diese durch die Eliminirung des dem Organismus längere Zeit zugeführten

Reizmittels erzeugt. Diese Unterscheidung ist von besonderer Wichtigkeit für die *Prognose,* denn bei Intoxicationspsychosen ist dieselbe schlecht, bei Abstinenzpsychosen gut. Die häufigste Form der ersteren ist die Verrücktheit. Levinstein's Behauptung, dass der Morphiummissbrauch überhaupt keinen alterirenden Einfluss auf die Psyche ausübe, muss als irrthümlich bezeichnet werden. Es mag die Regel bestätigende Ausnahmen geben, aber immerhin ist es fraglich, ob derartig psychisch frei gebliebene Morphiumsüchtige wirklich im „Vollbesitze ihrer geistigen Kraft" sind, ob die geistigen Produkte der Morphiumzeit den früheren gleich kommen. „Auch für das geistige Auge hat das Gesetz der Nachbilder seine Giltigkeit und der von Erzeugnissen hervorragender Geistesgrösse ausstrahlende Glanz wirft häufig noch auf inferiore Arbeiten einen vergoldenden Schein." —

Die *Abstinenzsymptome* werden im Interesse einer übersichtlicheren Darstellung in die der *plötzlichen Entziehung* und die der *allmählichen Abgewöhnung* eingetheilt.

Die wichtigste, und der plötzlichen Entziehung eigenthümliche Erscheinung ist der Collaps, ein das Leben des Kranken immer direkt bedrohender Zustand. Ferner tritt als Symptom ein Delirium auf, von Levinstein *Delirium tremens* der *Morphiumsucht* genannt. Verf. gibt die Unterschiede von Del. tremens potatorum an, dessen Verwechslung mit jenem vorkommen kann. Die bei dem Delirium maniacale in Folge der Entziehung auftretende Albuminurie ist nicht als Morphiumalbuminurie aufzufassen, sondern sie ist eine Folge des Delirium selbst. Das Morphium wirkt nicht auf die Nieren, sondern auf das Gehirn. Verf. hat in Folge der Morphiumentziehung niemals Eiweiss im Urin gefunden. Wo es nachzuweisen war, hatte es andere Ursachen (Herzfehler, Nephritis).

Bei den allmählichen Abgewöhnungen treten unter den körperlichen Abstinenzsymptomen auf dem Gebiete des motorischen Nervensystems Zuckungen einzelner Muskeln, Tremor, Ataxie, Paresen, Pupillendifferenz, Paresen an dem Accommodationsapparat der Augen hervor. Auf dem Gebiete der sensibelen Nerven zeigt sich Ziehen in den Waden, halbseitiger Kopfschmerz, Parästhesien aller Art. Von grösster Wichtigkeit ist die während der Abgewöhnungskur sich einstellende Wiederkehr derjenigen Schmerzzustände, welche den ursprünglichen Anlass zur Morphiuminjection gegeben haben. Die sensorischen Störungen tragen im Allgemeinen den Charakter der Hyperästhesie. Die vasomotorisch-respiratorischen Functionen bieten in Bezug auf Störung des Gefässsystems sowohl Congestionen nach dem Kopfe wie auch Zustände von Gehirnanämie, ja sogar bei einem und demselben Individuum dar. Fieber ist eine seltene Erscheinung. Die Respiration zeigt Störungen ohne regelmässigen Typus, ebenso der Puls. Die sphygmographisch aufgenommene Curve des Radialpulses zeigt mehr oder weniger die Symptome der Gefässlähmung und des verminderten Druckes. Die Elasticitätsschwingungen rücken in dem katakroten Curvenschenkel weiter nach abwärts und die Rückstosselevation wird grösser. In besonders ausgeprägten Fällen erhält man das Bild des

Pulsus dicrotus. Alle Symptome der Gefässparalyse schwinden jedoch, und diejenigen der Contraction der Arterien und eines gesteigerten Blutdruckes treten in die Erscheinung, wenn man dem Pat. eine genügend grosse Dosis Morphium einspritzt. Verf. hat sich jahrelang mit dem Studium des Verhaltens von Puls und Blutdruck beschäftigt und ebenso oft eine qualitative Pulsveränderung vermisst wie gefunden. Die in dem vorl. Werke wiedergegebenen Curven sind vorzüglich gelungen.

An reflectorischen Störungen ist kein Mangel. Nieskrämpfe, Gähnen, Würgen, Erbrechen, allgemeines Zusammenzucken als Folge erhöhter Reflexerregbarkeit kommen vor. Bei den Secretionsstörungen tritt eine Functionssteigerung zu Tage, Schnupfen, vermehrte Speichelsecretion, Diarrhoeen. Die Schweisssecretion nimmt eine besondere Stellung ein, und je nachdem das Individuum in der Vergiftungszeit an Anhidrosis oder Hyperhidrosis gelitten, tritt jetzt das Gegentheil auf. Bei Männern kommt es zu Pollutionen, bei Frauen zum Eintritt der Periode. Der Appetit ist verringert, der Durst erhöht, das Körpergewicht nimmt ab.

Unter den seelischen Abstinenzsymptomen begegnen wir erheblicher Unruhe, Aengstlichkeit, Schlaflosigkeit. Die Stimmung wird weich, das Gedächtniss wird schwach, leichte Formen von Delirium treten auf. Verf. beobachtete zwei Formen, eine ruhige, in welchem die Kranken in halb bewusstem, träumerischen Zustand verharren, und eine mehr erregte, in welcher sie hallucinirен und gereizter Stimmung sind. Die Sucht nach Morphium ist gewaltig gesteigert, und wird das Streben danach glücklich verhindert, so werden nur allzuleicht von den Patienten Angriffe auf das eigene Leben unternommen. Die Abstinenzpsychose ist entweder eine kurz dauernde oder über Wochen und Monate sich hinziehende; die erstere ist die häufigere. Der psychopathische Zustand ist gekennzeichnet durch die Angst, neben welcher sich krampfhaft gesteigerte Triebe entwickeln, die sich in krankhafter ungesetzlicher Weise äussern. Die zweite, seltenere Form entwickelt sich ganz am Ende der Entziehungskur oder gar nach Vollendung. Das Wesen dieser Psychose ist ein hallucinatorischer Vorfolgungswahn, eine Nebenform die hysterische Psychose.

Nach dem Verschwinden und Erlöschen der Abstinenzsymptome ist der Kranke nun keineswegs gesund. Wie nach schwerer, acuter, fieberhafter Krankheit bleibt noch eine Zeit lang ein Zustand reizbarer körperlicher Schwäche mit neuro-psychischer Erregbarkeit zurück. Unruhe, Ungeduld, körperliches Unbehagen, wiederkehrende Diarrhoe, Magenschmerzen, Schlaflosigkeit stellen sich ein. Natürlich verlangt der Pat. Narcotica zur Beschwichtigung und ist überhaupt oftmals von merkwürdiger Vernachlässigung von Anstand und guter Sitte. Dazu tritt Neigung zum Alcohol. Recidive sind natürlich in dieser Periode sehr häufig.

Am Schlusse dieses Capitels spricht Verf. noch von „secundären Abstinenzsymptomen“, das sind solche, die sich mehrere Monate nach Vollendung der Entziehung einstellen. Die krankhaften Erscheinun-

gen — plötzliches Darniederliegen der Kräfte, Schlaflosigkeit. Unruhe etc. — sind bedingt durch die vorzeitige Berufsthätigkeit nicht durch Abstinenz, obwohl die Pat. Sucht nach Morph. empfinden. Vielleicht thäte Verf. besser den Abschnitt: „Schwächezustände nach der Entziehung“ zu überschreiben.

Bei dem Versuche einer *physiologischen Erklärung* der Intoxicationssymptome betont Verf. die Wirkung der chronischen Morphiumzufuhr auf das Centralnervensystem. Die Alterationen des Herzens und des Gefässsystems, die erst in zweiter Linie kommen, geschehen wahrscheinlich ebenfalls unter Vermittlung des Nervensystems. Die Wirkung ist also die eines *Nervengiftes*, nicht eines *Herzgiftes*. Der Gegensatz zu den Binz'schen bekannten Versuchen liegt darin begründet, dass Binz seine Resultate aus Thierversuchen mit *acuter* Intoxication hergeleitet und Erlenmeyer die *chronische* Erkrankung beim Menschen im Auge hat.

Die Erklärung der Abstinenzsymptome hat in Bezug auf das Gegensätzliche zu den Intoxicationssymptomen nichts auffälliges. „Auf Erregung folgt Lähmung und je heftiger die Entfernung des reizenden Agens sich vollzieht, um so jäher tritt die reactive Lähmung in Scene“. Ueber die von Marmé gegebene Erklärung der Abstinenzsymptome haben wir bei Besprechung der I. Auflage berichtet. Nach diesem Autor sollen die Abstinenzsymptome Folge der Oxydmorphinvergiftung sein. E. macht sein Bedenken geltend. Thierversuche von Obersteiner und Calvet sprechen ebenso dagegen, wie der Umstand, dass bei manchen Patienten die Entziehung fast symptomlos verläuft, wo doch nach Marmé Erbrechen, Diarrhoe etc. als hervorragendste Erscheinung der Oxydmorphinvergiftung eintreten müsste. Die Sache bedarf noch der weiteren Prüfung. —

Ueber den vierten Abschnitt, die *Diagnose der Morphiumsucht* können wir uns kurz fassen. Von besonderer Wichtigkeit ist hier der Fall, wo bei einer Abgewöhnungskur eine Täuschung seitens des Kranken vorliegt, wo der letztere die Morphiumzufuhr bestreitet, der Arzt aber sie argwöhnt. Die Controle durch die Harnuntersuchung ist eine unsichere, denn den Angaben einzelner Autoren, dass bei Morphinisten Morphium im Urin aufzufinden sei wird neuerdings namentlich von Donath widersprochen und auch das Marmé'sche Oxydmorphin ist nach jenem Autor zur etwaigen Diagnose nicht verwerthbar. Aber es fehlt doch nicht jede Möglichkeit des Nachweises. Wird nämlich der Rückstand aus dem Harn von Morphinisten auf subcutanem Wege Kaninchen beigebracht, so wird bei letzteren ein Intoxicationszustand erzeugt, welcher der acuten Morphiumvergiftung ähnlich ist. Burkart's Angaben über die Herstellung des Harnrückstandes werden vom Verf. an dieser Stelle wiedergegeben. Unter Umständen wird auch die sphygmographische Untersuchung des Pulses ein Mittel zur Controle heimlicher Morphiumzufuhr abgeben können. Aus den Untersuchungen des Verf.'s geht hervor, dass bei Morphiumsüchtigen sich die Zeichen des intraarteriellen Druckes bemerkbar machen und ferner, dass

direkt und einige Wochen nach der Entziehung die Zeichen der Gefässlähmung kenntlich sind. —

Bei der Besprechung der *Behandlung der Morphiumsucht* — fünfter Abschnitt — können wir zunächst wiederum auf das pag. 304 in IV. Jahrgang dieses Centralblattes Gesagte verweisen. Die Methoden der Entziehung, sind dreifacher Natur; 1) die allmähliche Abgewöhnung, welche für den Patienten gar keine Vortheile gewährt, sondern nur solche für den Arzt und die Anstalt bietet, 2) die plötzliche Entziehung, welche entschieden die Sicherheit des Gelingens der Cur, aber auch Gefahren für das Leben des Kranken in sich birgt, und 3) die schnelle Entziehung, welche vom Verf. noch ausschliesslich geübt wird. Er nannte sie früher „modificirt langsame", glaubt aber jetzt den eben angeführten Namen als ein dem Wesen der Methode mehr entsprechenden einführen zu sollen. Die Vortheile dieser Methode sind folgende:

1) Völlige Sicherheit des Gelingens, denn durch die Isolirung des Patienten ist jede heimliche Morphiumzufuhr unmöglich gemacht.

2) Absolute Gefahrlosigkeit, da durch das Nichtauftreten des Colapses das Leben des Patienten nicht bedroht wird.

3) Sehr kurze Dauer der Entziehungserscheinungen.

4) Verlängerung der Reconvalescenzzeit.

Nachtheile für den Patienten habe diese Cur nicht; sie hat sich dem Verf. im Laufe der Jahre ausgezeichnet bewährt. Wohl zu beachten sind die Winke darüber, wo die Entziehungskur durchgemacht werden soll und welches die zum Gelingen derselben nothwendigen Massregeln sind. Die Curen zu Hause führen selten zum Ziel; sich selbst wird der Kranke wohl schwerlich das Morphium abgewöhnen, innerhalb 12 Jahren sah Verf. nur drei Patienten, denen dies gelang und diese wurden schliesslich wieder rückfällig. Grosse Gefahren birgt die sogenannte „heimliche" Cur in sich d. h. wo Umgebung, Arzt und Apotheker bemüht sind, ohne Wissen des Kranken die betr. Morphiumlösung durch steigenden Zusatz von Wasser zu verdünnen. Der Kranke merkt es schliesslich und greift dann zu Dosen, ohne Wissen der Begleitung, die hinsichtlich der vorher heruntergesetzten Menge, für ihn tödtlich werden können. Zu empfehlen ist ein Curverfahren folgender Art: Der Kranke engagirt sich einen in der Behandlung Morphiumsüchtiger erfahrenen Arzt, der die Entziehung vornimmt. Die Unterbringung in eine Irrenanstalt ist nur zu empfehlen, wenn es sich beim Patienten um eine Complication mit Geisteskrankheit handelt. Da nun aber der Arzt fortwährend von seinen morphiumsüchtigen Patienten hintergangen wird, so sind auch die Cur- und Badeorte, die Wasserheilanstalten, die Kliniken und Hospitäler, die offenen Curanstalten und Anstalten für Nervenkranke ohne Beaufsichtigung und ohne Freiheitsbeschränkung nicht als geeignet anzusehen. Der beste Ort für eine Morphiumentziehungskur ist demnach eine Specialanstalt für Morphiumsüchtige, welche für die Ueberwachung des Kranken, für Beschränkung seiner Freiheit, für Durchführung jeder beliebigen Entziehungsmethode geeignete Einrichtungen besitzt.

Die für das Gelingen der Cur erforderlichen Massregeln sind solche, die von der Anstalt und solche, die von den Angehörigen des Kranken getroffen werden müssen. Die betr. Vorschriften möge man im Originale nachlesen.

Die symptomatische Therapie der Abstinenzerscheinungen ist ausführlich geschildert; man wird für die vielen hier auftretenden Symptome eine zweckentsprechende Behandlungsweise finden. Bei der Anwendung des *Cocains* in der Morphiumentziehung müssen wir uns etwas länger aufhalten. Denn „diese Methode ist als solche in der neuesten Zeit mit Posaunenstössen allem Volke als sichere Rettung verkündet worden. Aber die Strafe folgte in fürchterlicher Gestalt; aus dem Gebrauch wurde Missbrauch, die zur Hülfe gerufenen Geister verwandelten sich in verderbenbringende Furien". Erlenmeyer war bekanntlich der erste, der durch sorgfältige Untersuchungen den wahren Werth dieser so gerühmten Methode erschloss und die grosse Gefahr und entsetzlichen Folgen, die eintreten können, schilderte. Als Resultat seiner Untersuchungen, denen 236 Einzelbeobachtungen zu Grunde gelegt wurden, ergab sich:

1) Cocain in Dosen bis 0,1 pro die injicirt, liess das cerebrospinale Nervensystem gänzlich unbeeinflusst; weder die Centren der willkürlichen Bewegungen noch die der bewussten Empfindung zeigten die geringste Funktionsstörung: es traten weder Krampf noch Lähmung, noch psychische Erregung, noch Betäubung oder Schlaf auf.

2) Cocain, in Dosen von 0,005 und darüber injicirt, wirkte lähmend auf die Centren des Gefässsystems. Diese Gefässlähmung machte sich bemerkbar durch Vermehrung der Pulsfrequenz, Erweiterung der Arterien, Abnahme der arteriellen Spannung (Dicrotie). Ausbruch von Schweiss, Steigerung der Temperatur. Diese gefässlähmende Wirkung war stets eine äusserst flüchtige.

Die Steigerung der Pulsfrequenz ist das regelmässigste Symptom der Cocainwirkung und tritt auch ein, wenn Morphium und Cocain gleichzeitig eingespritzt wird. Ausgezeichnete Pulscurven erläutern die Druckabnahme im arteriellen System.

3) Cocain erzeugt subjectiv das Gefühl von Wärme, die theils in die Magengegend localisirt, theils als mehr allgemeiner Natur bezeichnet wurde. Bei leerem Magen entstand nach einer Cocain-Injection ein unangenehmes, fast schmerzendes Druck- oder Krampfgefühl im Epigastrium. Bei Dosen von 0,05 oder bei häufiger wiederholten kleineren Dosen traten in höchst unangenehmer und belästigender Weise Angst- und Ohnmachtsgefühl auf.

Hinsichtlich der Wirkung des Mittel auf die sog. Abstinenzerscheinungen fasst Verf. seine Erfahrungen dahin zusammen:

1) Cocain ist im Stande, die sog. Abstinenzsymptome der Morphium-Entziehung zu beseitigen.

2) Diese günstige Wirkung einer einzelnen Cocain-Injection hat nur eine sehr kurze, die Zeit von 10—25 Minuten kaum übersteigende Dauer.

3) Cocain ist, in der Abstinenzperiode der Morphium-Entziehung

angewendet, kein Gegengift, sondern ein minderwerthiges Substituens des Morphium, da es wohl qualitativ gleiche, aber viel kürzer dauernde Wirkung setzt.

4) Cocain ist in der Morphium-Entziehung nicht zu empfehlen, da seine Wirkung nur eine höchst flüchtige ist und weil aus seiner gefässlähmenden Wirkung bei fortgesetzter Anwendung gefahrdrohende Zustände Seitens des Herzens und Gefässsystems sich entwickeln können.

Dies waren die Ergebnisse der ersten vom Verf. über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeit; nicht ganz acht Monate später erschien die zweite Arbeit über die *Cocainsucht*, gegründet auf 13 Fälle, die im Laufe von 2—3 Monaten beobachtet waren. Seitdem hat sich des Verf.'s Material erheblich vergrössert, so dass er jetzt im Stande ist ein ziemlich genaues Bild der Cocainsucht zu zeichnen.

Es gibt zwei Formen der Cocainsucht: eine, bei welcher nur Cocain, die andere, bei welcher Cocain und Morphium zusammen dem Organismus zugeführt werden. Bei der vielgerühmten Methode, sich das Morphium durch Cocain abzugewöhnen, gewöhnt sich der Kranke an das Cocain, er „hat den Teufel mit Belzebub vertrieben". Die kurzdauernde euphorische Wirkung wird durch wiederholte Einspritzungen immer auf's neue hervorgerufen. Dabei entwickelt das Cocain ungemein schnell delatäre Wirkungen auf Körper und Geist. Um dieser zu entgehen greift der reine Cocainspritzer zum Morphium zurück.

Auch hier gibt es Intoxications- und Abstinenzsymptome. Unter den ersteren treten die Folgen der oben erwähnten gefässlähmenden Wirkung deutlich hervor; dann macht sich eine rapide Abmagerung ohne verminderte Nahrungsaufnahme, ohne Magenkatarrh geltend. Cocainisten zu chloroformiren ist sehr gefährlich, da sie leicht an Herzlähmung zu Grunde gehen. Die Potenz erlischt, Schlaflosigkeit stellt sich ein und bei vielen tritt als schwache Form des Cocainismus eine Geistesstörung auf, die in den Formen der hallucinatorischen Verrücktheit sich kennzeichnet. Nicht bei allen, aber bei den meisten kommt es zu Halucinationen des Gesichts und Gehörs, zu psychischer Verwirrung, allgemeiner psychischer Schwäche, Abnahme des Gedächtnisses, zu einer Art Beeinträchtigungswahn.

Die Entziehungs- oder Abstinenzsymptome sind nicht sehr manigfaltig und nicht sehr heftig. Im Vordergrunde stehen vasomotor. Symptome, ferner Depression der Stimmung, ganz enorme Abschwächung der Willenskraft. „Wer die jähe, blitzartige physische und psychisch-moralische Zertrümmerung eines Menschen gesehen hat, der sich dem Cocain ergab, der muss jeden Optimismus dem Cocain gegenüber fallen lassen. Es gibt nur einen Stoff, der gleiche Verwüstung anrichtet wie Cocain, das ist der Schnaps". —

Mit der Entziehung des Morph. ist zwar die Behandlung der chronischen Morphium*vergiftung* zu Ende, aber für die der Morphium*sucht* bleibt dem Arzte noch viel zu thun übrig. Schon 1877 hat Verf. auf diese *Verhütung* des *Rückfalls* hingewiesen und betont, dass die Entziehung des Morph. nur die Vorcur bildet, die Hauptcur dagegen in der Beseitigung der Ursachen und in der Verhütung der

Recidive liegt. Es scheint nach dem Verf. durchaus nothwendig, die Morphiumsucht als eine secundäre, als eine Folge-Krankheit zu begreifen, wenn therapeutisch mehr erreicht werden soll, als das blosse Entziehen des Alkaloids. Nachdem Verf. auseinandergesetzt, was mit dem Pat. nach vollendeter Entziehung zu beginnen ist, gibt er am Schlusse dieses Abschnittes noch einige Winke über eine „allgemeine Vorbeugung“. Die persönlichen Erfahrungen des Verf.'s lassen ihn leider zu der Ueberzeugung kommen, dass es nicht nur so bleiben wird, wie es jetzt ist, sondern dass es noch immer schlimmer werden wird. Da vom Staate mit Bezug auf eine wirksame Vorbeugung wenig zu erwarten ist, so bleibt nur der Weg peinlicher Vorsicht in Verabreichung von Morphium durch die Aerzte und derjenige der Belehrung von berufener Seite übrig. —

Die *Prognose* — sechster Abschnitt — der Krankheit selbst ist höchst ungünstig, diejenige der Entziehung stets eine gute, diejenige der Rückfälle sehr zweifelhaft. Es gibt eine grosse Menge Kranker, denen das Morph. nicht ganz entzogen werden kann. —

Der *siebente Abschnitt* handelt von den *rechtlichen Fragen*. Zunächst wird die *Zurechnungsfähigkeit* der Morphinisten besprochen, dann wird die *Freiheitsberaubung*, die mit der Entziehung in der Anstalt verbunden ist, abgehandelt, es wird die Stellung der *Lebensversicherung* den Morphiumsüchtigen gegenüber gewürdigt und endlich die *Strafbarkeit der Apotheker und Droguisten,* unter Hinzufügung der betr. leider viel zu wenig angewandten Strafparagraphen der Reichsverordnung abgehandelt. Ein sehr lehrreicher Process, der in Frankreich spielte, wo nicht allein die gerichtl. Bestrafung, sondern auch die Civilklage auf Schadenersatz angestrengt wurde, schliesst dieses wichtige Capitel, das wir auszugsweise nicht wiedergeben können, das aber in socialer Beziehung höchst beachtenswerthe Punkte enthält. —

Der *achte Abschnitt* bringt die oben erwähnten 50 Krankengeschichten, die wir jedem zur aufmerksamen Lektüre empfehlen. Sie enthalten die Beweise für des Verf's Behauptungen, welche wir im Grossen und Ganzen im Vorstehenden wiedergegeben haben.

Der *neunte Abschnitt* endlich bringt die *Literatur-Geschichte* der Morphiumsucht. Sie hebt an mit dem Jahre 1864 und endigt mit den Erzeugnissen des Jahres 1886. Nicht weniger als 260 Arbeiten sind angeführt, nein, beinah sämmtlich besprochen und kurz kritisirt oder wenigstens in ihren Hauptpunkten ausgezogen. Fürwahr das Zeugniss eines Bienenfleisses, aber auch gleichzeitig eine vollständige Geschichte der Literatur unserer Krankheit, die mancherlei bislang allgemein angenommene Daten als unrichtig nachweist und überhaupt des Interessanten viel bietet.

Damit sind wir am Schlusse unseres Berichtes angelangt. Wir hielten es der Wichtigkeit des Gegenstandes sowohl als auch der vorzüglichen Bearbeitung desselben für nothwendig, den Spuren des Autors so ausführlich zu folgen, als es mit Rücksicht auf den immerhin knapp gemessenen uns zustehenden Raum möglich war. Wir hätten gerne noch mehr gebracht und vor allem noch mehr Proben der leich-

ten, flüssigen Sprache, in der das Werk abgefasst ist und die auch des poetischen Schwunges an den geeigneten Stellen nicht entbehrt, unseren Lesern vorgeführt. Möge dem bedeutsamen Werke von den Fachgenossen die gebührende Beachtung zu Theil werden. Die Ausstattung ist sehr gut. Goldstein (Aachen).

---

583) **Oscar Jennings** (Paris): The relief of the morphia craving by sparteïne and nitro-glycerin. (Die Befreiung von der Morphiumsucht durch Spartein und Nitroglycerin.) (The Lancet. 25. Juni 1887.)

Die Erscheinungen des Morphinismus treten, wenn das Herz schwach zu werden anfängt, in den Vordergrund; nach einer Morphium-Injection jedoch in Folge der dadurch bewirkten Erhebung des Tonus jenes Muskels treten sie zurück.

Um nun dasselbe Ziel ohne eine solche Encheirese zu erreichen resp. von derselben, wenn zur Gewohnheit geworden, zu entwöhnen, soll ein Recurs an Spartein sulf. und Nitroglycerin stattfinden.

Eignet sich ersteres Mittel in der Dosis von 2—4 Ctgr., die, wenn nöthig, wiederholt werden kann, zur subcutanen Application und leistet es besonders da gute Dienste, wo die somatischen Beschwerden der Morphiomanie die psychischen an Intensität überragen, vermöge seiner die Herzthätigkeit erhöhenden Eigenschaft, wie dies die beigefügten Pulscurven bestätigen, so findet das zweite, das in seiner Wirkung ganz einer Morphium-Injection gleicht, unter umgekehrten Verhältnissen per os seine Anwendung.

Besonders wirksam erweist sich eine Combination beider Droguen.

Es liegt auf der Hand, dass diese Curmethode den Vorzug vor anderen verdient, die, in der Hauptsache dahinzielend, den Morphiumgenuss in der fraglichen Weise absolut unmöglich zu machen, ebenso oft scheitern wie diejenigen, welche bezwecken, den Potator durch einen längeren Vorenthalt des Alcohols davon zu entwöhnen.

Ebenso klar ist es, dass eine strenge Controlle auch diese Curmethode notwendig macht, weil im entgegengesetzten Falle ein dem Morphinismus adaequater Zustand zu befürchten steht.

Pauli (Köln).

---

584) **Taquet**: Un cas de folie religieuse à cinq. (Religiöse Verrücktheit bei fünf Familiengliedern.) (Ann. méd. psycholog. 1887 Juli.)

Fünf Glieder einer Familie in der Bretagne — Mutter, 2 Töchter und Söhne — die Kinder geistig wenig entwickelt und hereditär belastet — gerathen nacheinander in religiöse Exaltation, nachdem der älteste Sohn mit vielem Beten begonnen hatte. Eine Tochter wird in Folge von Sinnestäuschungen dämonomanisch und wird desshalb von den Geschwistern getödtet. Auch nach der Internirung hielt die religiöse Erregung an, während der älteste Sohn bald starb.

Verf. bemerkt, dass in den beschränkten, dabei religiösen oder abergläubischen Volksweisen der Bretagne das Vorkommen religiöser

Verrücktheit häufig sei und letztere ansteckende Kraft habe, je nach der hereditären Prädisposition des anderen Individuums und der Umgebung. Otto (Dalldorf).

---

585) **D. Ventra** (Nocera): La Cabicità di Aria bisognevole ai ricoverati nei manicomi. (Luftraum für den Kopf in Irrenanstalten.)
(Il Manicomio. Juni 1887.)

Ungenügende Oxygen-Aufnahme ist an sich schon ein die Functionstüchtigkeit des Gehirns herabsetzendes Moment; um so grösser ist deshalb für die cerebralen Leistungen Geisteskranker das Bedürfniss nach „reiner Luft". Agitirte und unreinliche Kranke vermehren den Gehalt der Luft an deletären Substanzen erheblich, ebenso jedes Beleuchtungsmittel. Der Verfasser zählt, ohne neues zu bringen, einige andre jedem Irrenarzt wohl bekannte Momente auf, die in Irrenanstalten „schlechte Luft" verursachen, giebt keine nähere Analyse dieses etwas vagen Begriffs und gründet seine eigenen Ansprüche nicht auf exacte Beobachtungen und quantitative Erwägungen, sondern auf eine Zusammenstellung, der in neueren deutschen und italienischen Anstalten factisch gegebenen Raumvertheilung.

Kurella (Owinsk.)

---

586) **F. Ricco** (Nocera): Visita ai Principali Manicomi della Francia. (Besuch der französischen Haupt-Irrenanstalten.) (Il Manicomio. Juni 1887.)

Ricco hat die Salpêtrière, Ste. Anne, Charenton, Ville Evrard und Clermont (Oise) im October 1886 besucht. Alle diese Anstalten liegen in oder nahe bei Paris. Die 750 Geisteskranken der Salpêtrière (im äussersten Osten der Stadt) sind nach R. sehr schlecht untergebracht, in drei von einander unabhängigen Sectionen, von denen jede drei Abtheilungen, für Ruhige, Schmutzige und Agitirte hat. Jedoch scheint hier sehr gut für die Beschäftigung der meist aus dem Stande der sehr geschickten Pariser Arbeiterinnen sich recrutirenden Anstaltsbevölkerung gesorgt zu sein; besonders werden sehr schöne künstliche Blumen fabricirt; auch der Unterricht der Idioten in Handarbeiten giebt hier sehr gute Resultate.

Ste. Anne ist eine Durchgangs-Station, ähnlich der Charité in Berlin, sehr überfüllt, nach dem Pavillon-System angelegt, mit unzweckmässig construirten Zellen, die, wie in Charenton, zwei gegenüberliegende Thüren haben, von denen eine in einen kleinen Hof für den einzelnen Kranken führt. *Clermont* mit seinen berühmten Colonieen ist eben erst aus privatem in den Besitz von 4 nördlichen Departements gekommen, hat aber auch als Staats-Anstalt die freie Form der Behandlung durchaus beibehalten, trotz der zahlreichen Entweichungen.

Der ärztliche Dienst zeigte R. in den von ihm besuchten Anstalten „eine gewisse Mittelmässigkeit", einmal bedingt durch die zu grosse Krankenzahl, — 2000—4000 Kranke auf 4—6 Aerzte — dann durch die Gewohnheit, nur die agitirten und die körperlich Kranken

näher zu beobachten; ältere Fälle werden als unheilbar vom Arzt nicht weiter berücksichtigt.

Kleidung, Zimmer - Ausstattung und Kost fand R. überall sehr sparsam und primitiv; motivirt wurde das mit der Behauptung, das entspräche der socialen Lage der meisten Kranken, die man nicht verwöhnen dürfte. Kurella (Owinsk).

587) **Statistica di Folli nel Manicomio di Nocera 1886.** (Jahresbericht für Nocera auf das Jahr 1886.) (Il Manicomio. Juni 1887.)

Nocera ist gemeinsame Anstalt für 6 süditalienische Provinzen. Bestand Anfang d. J. 503, Ende d. J. 557, Gesammtzahl der Verpflegten 728.

Abgang 171, gestorben 65 (9,9%); geheilt 64 (9,9%), gebessert 42 (5,7%). 4,5% Recidive, meist bei den gebessert Entlassenen.

11% Epileptiker; 13 Fälle von Paralyse, 1 von Pellagra unter der Gesammtbevölkerung. Der Fall von Pellagra ist der erste unter der bisherigen Bevölkerung der südlichen Anstalten.

Von 76 Fällen aus der Landesbevölkerung waren maniakalisch 20 Männer und 4 Frauen; von den Epileptikern waren nur 2 Frauen, von den Paralytikern 1. Von den 225 Aufgenommenen waren 60 im Alter von 31—40 Jahren; verheirathet waren von den Aufgenommenen 121, verwittwet 17, ehelos 87.

Unter den Gelegenheitsursachen waren Gemüthsbewegungen und Mangel in 53 von 225 Fällen angeführt. Kurella (Owinsk).

588) **Maison de Santé de Préfargier.** Exercice de 1886.

Bestand zu Anfang d. J. 124, Aufnahmen 78, Entlassungen 73, blieben 129. Bei dieser Krankenzahl wurde die Anstellung eines dritten Arztes gefordert und bewilligt.

Die Verpflegungskosten betragen pro Tag und Kopf 3,29 F. (2,63 M.!) Die Ausgabe für Nahrungsmittel und Getränke 75,500 F. (60,400 M.), für Besoldungen 34,600 F., alle übrigen Ausgaben 62,000 F. Die Zahlen weichen so sehr von deutschen Verhästnissen ab, dass es sich lohnt, sie zu reproduciren. Ein relativer Luxus wird in der Anstalt mit Leibwäsche getrieben; anstatt der Verwendung complicirter Lager-Vorrichtungen für Unreinliche wird die Wäsche eventuell bis zehnmal am Tage gewechselt.

Sondenfütterung war in mehreren Fällen nöthig; der Bericht erklärt sie für eine Frage nicht des Princips, sondern der Opportunität.

Ein Fall von Struma-Cachexie kam zur Behandlung, bei dem die ersten psychischen Symptome — Praecordialangst, Paraesthesien — einige Tage nach der Operation auftraten. — Ein Fall von Paralyse setzte mit einem epileptiformen Anfall unmittelbar nach einem heftigen Schreck ein.

Burckhardt, Director der Anstalt, hat nach einem längeren Aufenthalt in Nancy mit Erfolg hypnotische Curen an seinen Kranken gemacht; Einzelheiten fehlen in dem Bericht.

Todesfälle kamen 13 vor (6,5%), darunter 2 Fälle von Carcinom; 30% der Entlassenen waren geheilt. Kurella (Owinsk).

589) Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt Bunzlau 1886. Dr. Sioli.

Am Schlusse des Jahres 1885 waren vorhanden Kranke 609 (335 m. 274 w.). Dazu wurden aufgenommen 142 (100 m. 42 w.), mithin verpflegt 1886 Kranke 751 (435 m. 316 w.). Davon gingen ab: durch Entlassung 67 (53 m. 14 w.), durch Tod 51 (32 m. 19 w.). Es verblieben 633 (350 m. 283 w.). Da die etatsmässige Krankenzahl pro 1886 auf 620 Köpfe festgesetzt war, so war somit die Zahl der wirklich in Anstaltsbehandlung befindlichen Kranken wieder auf 13 Köpfe über den Etat gestiegen. Unter den aufgenommenen zeigt der chronische Alcoholismus nur 3⁰/₀, dagegen ist die Paralyse häufiger, die stärksten Ziffern zeigen chronische Verrücktheit, chronische Demenz, und Epilepsie mit Seelenstörung.

Di eKrankheitsdauer betrug bei 13⁰/₀ der Aufnahme unter 1 Jahr. Erbliche Beanlagung fand sich bei 40⁰/₀, davon directe bei 25⁰/₀. In 8 Fällen liess sich bei einem Theil des Elternpaares Trunk nachweisen.

Die häufigste Ursache (= 12⁰/₀) zur Entwicklung der Erkrankung war der Trunk. Eigentlich geisteskranke Verbrecher befinden sich unter den Aufgenommenen 6, wegen verschiedener Vergehen bestraft und wahrscheinlich zu dieser Zeit schon geistesgestört waren 5; Geisteskranke, die aus krankhaften Motiven heraus schwere Verbrechen begangen haben, waren drei dabei. —

Von den 67 Entlassenen sind 49 ungeheilt, davon 40 männliche Kranke in die neu errichtete Anstalt Rybnick überführt.

Der Versuch ist gemacht worden, nach dem Vorbild von *Ilten* ruhige sich geordnet verhaltende Kranke bei geeigneten Familien des der Anstalt benachbarten Dorfes *Looswitz* unterzubringen. Der Bericht spricht sich enragirt für den Versuch aus, da ausser dem günstigen ideellen Erfolg auch die Familienpflege pecuniär günstiger für die Verwaltung sich stellt. (Hier möchte Manchem nicht ganz richtig scheinen, Geisteskranke als Kindermuhmen zu beschäftigen. Ref.)

Gestorben sind im Jahre 1886 Kranke 51 = 6,79⁰/₀. Häufiger als früher trat croupöse Lungenentzündung auf, weniger häufig Tuberculose, diesmal nur 29⁰/₀. 1 Selbstmord kam vor. Die meisten Todesfälle kamen abgesehen von der Paralyse bei den Epileptischen vor. Von 17⁰/₀ des Bestandes 23,5⁰/₀.

Von Infectionskrankheiten wurden 5 Fälle von Dysenterie mit einem Todesfalle und 6 Fälle von Typhus beobachtet. Entweichungsversuche kamen 8 vor. Eine Frau brach dabei das Bein. Beschäftigt wurden bei einem Bestande von 340 m. u. 280 w. 61,7⁰/₀ Männer und 67⁰/₀ Frauen. Neuendorff (Bernburg).

---

590) Jahresbericht der niederöstreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg pro 1885.

Wien. Es verblieben Ende 1884 Kranke 804 (433 m. 371. w.) dazu kamen 735 (457 m. 278 w.). Es wurden demnach verpflegt 1539 (890 m. 649 w.). Im Verhältniss zur Gesammtzahl der Verpflegten wurden geheilt 9,7⁰/₀, gestorben sind 12⁰/₀. Unter den Zu-

wüchsen waren 161 secundär Geistesgestörte (59 m. 102 w.). 134 Paralytiker (109 m. 25. w.). 128 (126 m. 2 w.) Alcoholiker. Bei beinahe 47% war die Krankheitsursache Alcohol. Erbliche Belastung war 61 mal ätiologisches Moment. Rückfällig waren zum erstenmal 25 (16. m. 9 w.), zum zweitenmal 3 Männer. Von den 185 Gestorbenen waren 91 (68 m. 23. w.) Paralytiker.

Zu den 90 mit intercurrirenden Krankheiten verbliebenen Pfleglingen kamen 612 frische Fälle hinzu. Neben 51 Fällen von Lungentuberculose, von denen 35 starben, figuriren 29 Erysipele mit 6, 27 Pneumonien mit 24, 13 Phlegmonen mit 5, 5 Dysenterieen mit 3 Todesfällen und 4 Blatternfälle. Die infectiösen Krankheiten, die vor Jahren in der Anstalt beseitigt waren, sind erst mit der Ueberfüllung wieder hervorgetreten. Wegen der Befürchtung einer Blatternepidemie wurden 38 geimpft, wovon etwa 6%, 298 wieder geimpft, wovon etwa 30% ohne Erfolg. Mit der Impfung wurde der Weiterverbreitung der Krankheit Einhalt gethan. —

Therapeutisch wurden umfassende Versuche mit electrischer Behandlung gemacht und vorerst gefunden, dass eine consequente und nicht kritiklose Anwendung des electrischen Stromes bei den der Behandlung zugänglichen Kranken günstige Resultate zu Tage fördern wird. Auch von electrischen Bädern wurde Gebrauch gemacht, doch ist die Zeit der Anwendung noch zu kurz, um über den Werth des Verfahrens zu richten. Bei der Epilepsie wurde von Atropin ein günstiger Einfluss besonders auf den psychischen Zustand bemerkt, indem Patienten, die vorher nach den Anfällen Zustände von Tobsucht oder Verworrenheit oder zwischen den Anfällen grosse Reizbarkeit dargeboten hatten, nach Atropingebrauch von diesen Zuständen frei blieben

Der häufige Gebrauch des Paraldehyds wurde wegen seines üblen Geschmackes wieder verlassen. Als beruhigende Mittel wurden das Opiumextrat, Opium, Morphium, Cocain, Chloral, Brom, Belladonna und protrahirte lauwarme Bäder verordnet. (Nichts Neues. Ref.). — Isolirt wurden 362 Kranke an 14,517 Tagen. Besuche fanden bei 1302 Pfleglingen 44,231 statt. Beschäftigt wurden 664 Pfleglinge, also von 1539 Verpflegten etwa 44%.

Von dem Wartepersonale gingen 87 männliche und 57 weibliche ab. Ein in der Schuhmacherwerkstätte seit Jahren beschäftigter Patient führte plötzlich mehrere Schläge gegen den Kopf des Wärters. Zwei Patienten erstickten während des Essens, 5 Selbstmordversuche wurden vereitelt, Entweichungen geschahen 4.— 3 Kinder wurden geboren.

Ybbs. Die Anstalt hat 441 Plätze (212 m. 229 w.). Es verblieben vom Vorjahre 451 (209 m. 242 w.). Dazu kamen 1885, 79 Kranke (43 m. 36 w.). Somit wurden verpflegt 530 (252 m. 278 w.). Abgingen überhaupt 61 (31 m. 30. w.), von dem Zuwachs geheilt 7 (4 m. 3 w.), ungeheilt 10 (5 m. 5 w.). Gestorben sind 44 (22 m. 22 w.). Die Sterblichkeit überhaupt betrug 8% der Verpflegten. —

Es verblieben 1885 in Verpflegung 469 (221 m. 248 w.), um 28 Kranke mehr, als Plätze vorhanden sind.

Klosterneuburg. Ende 1884 verblieben 322 Kranke (147 m. 175 w.). Dazu kamen im Jahre 1885 Kranke 66 (35 m. 31 w.),

behandelt wurden somit 388 (182 m. 206 w.). Davon kamen in Abgang 60 (36 m. 24 w.), verbleiben Ende 1885 Kranke 328 (146 m. 182 w.). Geheilt entlassen wurden 10 Kranke (7 m. 3 w.). Die Gesundheitsverhältnisse waren befriedigend, nur der Darmkatarrh erreichte wie in den früheren Jahren eine hohe Ziffer: 85 m. 120 w. Von den Frauen starben 3 daran. Ein 10jähriger Knabe erkrankte an Varicellen. Todesfälle kamen 40 vor (22 m. 18 w.)=10,3%, meist Lungentuberculose (9 m. 6 w.). 3 Selbstmordversuche wurden verhindert. Eine Idiotin verschluckte einen 5 cm. langen 4 cm. breiten und 2 cm. dicken rauhen Sandstein ohne Folgen. Nahrungsverweigerungen kamen öfter vor. Die künstliche Ernährung wurde erst nach 5—8tägiger Abstinenz angewendet. Eine Melancholische wurde 4 Tage lang, ein Verrückter mehrere Monate hindurch künstlich genährt. 3 Entweichungen fanden statt. Beschäftigt wurden 30 (17 m. 13 w.). Beim Wartepersonal fand ein geringer Wechsel statt, eine Erscheinung, die seit der Lohnerhöhung platzgegriffen.

Irrenfiliale Kierling-Gugging besteht seit dem 1. April 1885 und hatte bis Ende Dec. 1885 Kranke 124 (91 m. 33 w.) aufgenommen. Davon sind abgegangen 21, darunter gestorben 5. Die Anstalt besteht aus 4 Abtheilungen mit zusammen 104 Betten, 16 Wärterbetten. In 2 Abtheilungen sind unvergitterte Fenster. Dazu gehören drei Isolirräume, 2 Krankenzimmer à 5 Betten und 4 kleinere Räume als Epidemiezimmer. Die Schlafräume sind im ganzen geräumig, die Tagräume klein und schwer ventilirbar. Die Frauenabtheilung hat keinen Tagraum. Die zur Arbeit tauglichen Pfleglinge fanden innerhalb der Anstalt und vom Juni ab bei 16 Haus- und Oekonomiebesitzern von Kierling und Gugging Beschäftigung. Die technische Einrichtung der Anstalt ist noch sehr primitiv.

Städtisches Spital Mödling: Verpflegt wurden im Jahre 1884 und 1885 96 männliche Kranke, gestorben sind 35; davon 12 an Paralyse. 4 Kranke entsprangen.

Pius-Institut zu St. Ruprecht in Bruck. Seit Dec. 1883 befinden sich hier 6 Mädchen, theils blöde, theils epileptisch. Im Jahre 1884 kamen dazu zwei Knaben und weitere 6 Mädchen. Die 14 Kinder blieben im Jahre 1885 von allen Krankheiten verschont.

Neuendorff (Bernburg).

IV. Aus den Vereinen.

I. Académie de méd. zu Paris.

Sitzung vom 18. October 1887. (Gaz· des Hôp. 1887 Nro. 126.)

591) **Ball:** Des lésions de la morphiomanie et de la présence de la morphine dans les viscères. (Die Störungen der Morphiomanie und die Gegenwart von Morphium in den Eingeweiden.)

Nachdem der Versuch, einer an Morphinismus leidenden Frau, welche seit ihrer Aufnahme in das Asyle Sainct-Anne täglich 1 Gram. Morphium hydrochlorat. sich einverleibte, dasselbe plötzlich zu ent-

ziehen, einen schweren Collapsanfall im Gefolge gehabt hatte, wurde an die allmähliche Unterdrückung dieses chemischen Agens recurrirt.

Jedoch verfiel, als dieselbe eine vollständige war, die Kranke in Collaps und starb.

Bei der Section stellte man ausser den bekannten Befunden durch die chemische Analyse noch die Gegenwart von Morphium in der Milz, den Nieren und besonders in der Leber fest.

Wenn schon, sagt Ball, die allmähliche Entziehung der Morphium-Injectionen so grosse Gefahren involvirt, um wie viel mehr noch wird dies die plötzliche thun. Pauli (Köln).

II. Société médico psychologique.

Sitzung vom 2. Februar, 24. März und 31. Mai 1886.

592) **A. Voisin:** Du traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique. (Ueber die Behandlung der Geisteskrankheiten durch die hypnotische Suggestion.) (Ann. méd. psycholog. 1886 Mai ff.)

Vortrag. hat einen günstigen Einfluss der hypnotischen Suggestion auf Krankheiten beobachtet und theilt mehrere Fälle mit. Es handelt sich um ein hystero-epileptisches Delirium, hysterische Verrücktheit und Melancholie mit Sinnestäuschungen. In der Discussion hebt Luys seine gegentheilige Erfahrungen hervor. Es gelang ihm nur schwer, Geisteskranke zu hypnotisiren und besondere Erfolge hatte er davon nie zu verzeichnen.

Dufour meint nach seinen Erfahrungen, dass der Hypnotismus wohl Dienste leisten könne bei der Behandlung der Psychosen, sei es, dass man direkt dadurch auf den Ideengang und die Handlungen der Kranken einwirken könne, sei es dass man die Anwendung therapeutischer Mittel *oder die Leitung der Kranken dadurch erleichtern könne*. Nur müsse man bei d. Geisteskranken, die weniger empfänglich für Hypnose seien, schärfer vorgehen.

Sitzung vom 25. Oktober 1886.

593) **J. Voisin:** De la suggestion. Actions des médicaments à distance chez des hystéro-épileptiques. Action de *l'aimante* et des métaux etc. (Ueber Suggestion. Fern-Wirkung von Arzneimitteln bei Hystero-Epileptischen. Wirkung des Magnet und der Metalle etc.) (Ann. méd. psychol. 1887 Januar.)

Das Wesentliche des interessanten Vortrages, welchem zahlreiche Beobachtungen bes. an zwei Hystero-Epileptischen zu Grunde liegen, betrifft die Erklärung der durch Bourru und Burot aufgestellten Fernwirkung der Arzneien bei hypnotischen Zuständen. Nach dem Ergebniss der Untersuchungen und Beobachtungen des Vortr. spielt dabei die Suggestion oder Autosuggestion die Hauptrolle.

Sitzung vom 24. November 1886.

594) **A. Voisin:** Du traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique. (Behandlung der Amenorrhoe durch hypnotische Suggestion.) (Ann. méd. psycholog. 1886 März.)

Vortr. theilt einige Beobachtungen mit, in denen die Periode durch Suggestion beeinflusst wurde, sei es dass die ausgebliebene

wieder hervorgerufen oder die zu starke gemindert oder eine unregelmässige regulirt wurde. Schmerzhafte Begleiterscheinungen wurden auf demselben Wege beseitigt.

Sitzung vom 27. December 1886.

595) **Séglas:** Note sur le traitement de l'amblyopie, hystérique par l'exercice de la sensibilité *spéciale* et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire. (Behandlung der hysterischen Amblyopie durch Uebung der speciellen Sensibilität und der Lähmungen durch Muskelübung.) (Ann. méd. psycholog. 1887 März.)

In mehreren Fällen von hysterischer Amblyobie verbessert Vortrag. den Farbensinn durch die öfter wiederholte Anwendung eines rothen Lichtes oder Glases während kurzer Zeiträume. Bei hysterischen Lähmungen wendet er methodisch erst passive Bewegungen der betreffenden Glieder und der gesunden Seite an, dann aktive, sowie Massage.

596) **Maguhalès Semos** (Porto): Les congestions cérébrales d'après la méthode de Mendel. (Die cerebralen Congestionen nach Mendel's Methode.)

Durch Drehungen von Hunden nach der genannten Methode wird eine chronische cerebrale Erkrankung hervorgerufen. Dieselbe hat klinisch keinen fortschreitenden Character nach den Beobachtungen des Vortr. und differirt auch pathologisch-anatomisch von der interstitiellen Encephalitis, weshalb sie nicht der allgemeinen Paralyse gleichzustellen ist. Otto (Dalldorf).

Sitzung vom 28. Februar 1887.

597) **Larroque**: Des dangers du traitement de l'hystérie par l'hypnotisme. (Ueber Gefahren, welche der Hypnotismus in der Behandlung der Hysterie bietet.) (Ann. méd. psycholog. 1887 Mai.)

Vortrag. warnt vor der leichtfertigen Anwendung des Hypnotismus bei Hysterie. Er beobachtete Zurückbleiben von Contracturen, die wohl im lethargischen Stadium in Folge der Hyperexcibilität entstanden waren, sowie Verschlimmerung des psychischen Zustandes, einmal länger dauernden Stupor. In der Diskussion will Séglas den Hypnotismus wenigstens bei schweren Formen, wenn alles andere versucht ist, angewandt wissen, während A. Voisin für die Anwendung des Hypnotismus, entschieden eintritt, indem er auf die heilsamen Effekte bei Lähmung, Contraktion etc. hinweist. Otto (Dalldorf).

Druckfehlerberichtigung.

1) In Nro. 20, Seite 617, Zeile 11 von oben lies „Lust" statt „List".

2) In Nro. 21, Seite 656, Zeile 23 von unten ist aus Versehen ein kleiner Zwischensatz fortgeblieben und damit ein sinnentstellender Druckfehler entstanden. Der ganze Satz muss heissen: „Die Glieder sind nicht schlaff, und die Pupillen nicht reactionslos, weil Bewusstlosigkeit besteht, sondern weil sie gelähmt sind".

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28)

Monatlich 2 Nummern jede zwei Bogen stark. Abonnement pr. Quartal 4 M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Anzeigen 30 Pfg. per durchgehende Zeile. Nur durch den Verlag von Theodor Thomas in Leipzig.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 1. Dezember 1887. Nro. 23.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber die Verminderung des electrischen Widerstandes bei der Basedow'schen Krankheit. Von **Romain Vigouroux**, Director der Abtheilung der Electrotherapie an der Salpêtrière — Paris. Zusatz zu vorstehender Mittheilung. Von **A. Eulenburg** in Berlin.

II. Original-Vereinsberichte. I. Berliner medicinische Gesellschaft. **Mendel**: Ueber den Kernursprung des Augenfacialis. II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. **Oppenheim**: Ueber die Poliomyelitis anterior chronica. **Remak**: Krankenvorstellung. **Bernhardt**: Neuropathologische Mittheilungen.

III. Referate und Kritiken. **Kaufmann**: Ueber Mangel des Balkens im menschlichen Gehirn. **Oppenheim**: Ueber Olivendegeneration bei Atheromatose der basalen Hirnarterien. **Loewenfeld**: Ueber die Schwankungen in der Entwickelung der Gehirngefässe und deren Bedeutung in physiologischer und pathogenetischer Hinsicht. **Schweinitz**: Zur Casuistik der Hemianopsie und anderer Sehfelddefecte. **Spitzka**: Intracerebraler Verlauf der Acusticusbahn. **Seguin**: Beitrag zur Pathologie des Kleinhirns. **Kny**: Untersuchungen über den galvanischen Schwindel. **Goldscheider**: Ueber die Grenzen der Wahrnehmung passiver Bewegungen. **Rosenheim**: Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplen Neuritis. **Haslund**: Tilfaelde af Sclerodaktyli. **Kier**: Et Tilfaelde af Sklerodaktyli. **Nielsen**: Drei Fälle von Sclerodaktylie. **Luys**: Affecte bei Hypnotisirten. **Bernhardt**: Ueber einen Fall von (juveniler) progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskulatur. **Witkowski**: Zur Klinik der multiplen Alkoholneuritis. **Trautwein**: Ueber das Verhalten des Pulses, der Respiration und Körpertemperatur im elektrischen Soolbade. **Siemerling**: Ein Fall von forensischer Hystero-Epilepsie. **Pichon**: Multiple Delirien und mehrfache gleichzeitige Intoxicationen. **Pacher**: Psychische Impotenz, konträre Geschlechtsempfindung. **Dörschlag**: Beitrag zu den Puerperalpsychosen. **Bartel**: Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. **Ziehen**: Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. **Sander** und **Richter**: Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Der Selbstmord in F. 1876—1885.

IV. Aus den Vereinen. Société médico psychologique. Académie de méd zu Paris.

I. Originalien.

Ueber die Verminderung des elektrischen Widerstandes bei der Basedow'schen Krankheit.

Von Dr. ROMAIN VIGOUROUX,

Director der Abtheilung für Elektrotherapie an der Salpêtrière — Paris.

I. In einer in der Nummer vom 1. September dieser Zeitschrift enthaltenen Mittheilung, bezweifelt Herr Professor Eulenburg den

Werth, welchen ich der Verminderung des elektrischen Leitungswiderstandes als Zeichen der Basedow'schen Krankheit beimesse. Sein Aufsatz ist erst spät zu meiner Kenntniss gelangt, nichtsdestoweniger halte ich es nicht für zu spät, einige Erklärungen zur Klarstellung der Frage beizutragen.

Eulenburg hat sich zuerst mit der Sicherstellung der Thatsachen beschäftigt. Er hat bei fünf Fällen Basedow'scher Krankheit den elektrischen Widerstand gemessen. — Bei vier Kranken fand er, dass derselbe beträchtlich unter dem Durchschnitt zurückblieb und bei dem fünften war er eher grösser. — Ich könnte mich mit dieser Erklärung zufrieden geben. — Vier Male auf fünf ist eine viel grössere Häufigkeit als die des v. Graefe'schen Symptoms bei derselben Krankheit und kommt zum wenigsten der Häufigkeit des Auftretens der sogen. Cardinal-Symptome gleich.

Aber ich glaube weiter gehen und sagen zu dürfen, dass sehr wahrscheinlich der fünfte Fall keine Ausnahme von der Regel macht:

Ich habe nämlich früher (1878) mitgetheilt, dass bei der Anaesthesia hysterica der Widerstand beträchtlich vermehrt ist. Diese Vermehrung besteht selbst bei Hysterischen, welche gegenwärtig keine Anästhesie haben. Was geschieht nun, wenn die beiden Leiden, Hysterie und Struma exophthalmica bei demselben Individuum zusammentreffen? Das Zusammentreffen ist nicht selten; ich habe zwei junge hysteroepileptische Mädchen, von 17 und 20 Jahren, in Beobachtung, welche gleichzeitige typische Fälle der Basedow'schen Krankheit sind. Bei der ersten ist keine Anästhesie der Haut vorhanden und der Widerstand verhält sich so wie bei der Basedow'schen Krankheit, i. e. sehr niedrig. Bei der andern ist Hemianästhesie vorhanden und der Widerstand verhält sich so wie bei der Hysterie, d. h. er ist sehr erhöht. Ich habe noch andere weniger prägnante Beispiele dieser Combination gesehen und ich darf sagen, dass der Widerstand sich immer nach der vorherrschenden Affection richtet. Eulenburg konnte augenscheinlich diese noch nicht veröffentlichten Eigenthümlichkeiten nicht kennen; aber ich glaube, dass sein fünfter Patient ein Beispiel dieser Vereinigung von Hysterie und Basedow'scher Krankheit ist. Und in der That ist es ein 17jähriger Bursche, dessen Leiden, wie Eulenburg sagt, etwas von den vier andern verschieden und plötzlich bei Gelegenheit eines Brandes hervorgetreten ist. Diese Entstehungsweise scheint mir meine Vermuthung zu unterstützen. Ich würde mich sehr wundern, wenn er von diesem Gesichtspunkte aus geprüft, nicht ein gewisses hysterisches Gepräge zeigen sollte.

Eulenburg bemerkt, ohne indess daraus einen Vorwurf abzuleiten, dass die Zahlen, welche er gefunden hat, ein wenig höher sind als meine. Das findet darin seine Erklärung, dass E. den Strom von 10 Siemens-Elementen angewandt hat, während ich stets den von 10 Leclanché-Elementen gebraucht habe, d. h. eine um die Hälfte grössere elektromotorische Kraft. Vermehrt man die Zahl der Elemente (die elektromotorische Kraft), so nimmt der Widerstand in einer sehr viel beschleunigteren Progression ab. Um sich, wie er es wollte, in die-

selben Bedingungen, wie ich, zu versetzen, hätte Eulenburg 14 oder 15 seiner Siemens'schen Elemente in Anwendung ziehen müssen. Er würde dann von meinen Angaben sehr wenig verschiedene Zahlen erhalten haben. — Ich finde nämlich, dass der Widerstand bei Basedow'scher Krankheit gewöhnlich zwischen 800 und 1200 Ohm schwankt. Ich habe z. B. soeben, mittelst eines sehr bequemen und sehr genauen Verfahrens (siehe Prog. méd. 1886) den Widerstand in einem schlecht ausgesprochenen Falle (cas fruste) von Basedow'scher Krankheit gemessen. Nach einer Minute betrug derselbe 946 Ohm. (Bei 10 Leclanché.)

Schliesslich bestreitet Eulenburg nicht die Thatsache. Sein Widerspruch muss also auf theoretischen Erwägungen beruhen. Ich sehe jedoch in seiner Mittheilung nur zwei Argumente dieser Art. Das erste bezieht sich auf den Einfluss, welchen das bei der B. K. so häufige Schwitzen auf den Widerstand der Epidermis ausüben soll. Wir haben es hier mit einer Angabe zu thun, die sich in den Handbüchern der Elektrotherapie zu finden pflegt, welche ich jedoch niemals im Einklang mit der Erfahrung gefunden habe. Ob die Epidermis mit Schweiss oder mit der Flüssigkeit der Elektrode imbibirt ist, das kommt schliesslich auf dasselbe heraus und Lasker hat klar bewiesen, dass die Imbibition der Epidermis zur Folge hat, nicht etwa ihren specifischen Widerstand zu vermindern, sondern einen bessern Contact mit der Elektrode herzustellen. Ganz abgesehen davon sind meine Beobachtungen und Vergleiche an Personen gemacht worden, welche die grössten Verschiedenheiten bezüglich des Verhaltens der Haut darboten.

Was den zweiten Einwurf betrifft, so ist derselbe in Wirklichkeit eine Bestätigung meiner Anschauungsweise, kategorischer, als ich je hätte hoffen dürfen.

Ich lasse E.'s eigene Worte folgen:

„überhaupt aber die leicht eintretende *Erweiterung und Füllung* „*des Hauptgefässnetzes und vielleicht auch der tieferen Gefässe, in Folge* „*grösserer Labilität des vasomotorischen Nervensystems* — wie sie sich „ja bei solchen Kranken in mannigfachen Erscheinungen, z. B. den bekannten taches cérébrales kundgibt".

Ich glaube genau dasselbe; aber jetzt, nachdem nun der elektrische Widerstand in enger Beziehung zu physiologischen Erscheinungen von dieser Wichtigkeit steht, halte ich es für überflüssig, mich weiter anzustrengen, das Interesse, welches sich daran knüpft, zu beweisen.

Die Schlussfolgerungen, welche aus E.'s Mittheilung zu ziehen sind, sind daher mit den meinigen identisch:

1⁰ Der elektrische Widerstand ist herabgesetzt in der grossen Mehrzahl der Fälle von B. K.

2⁰ Diese Herabsetzung steht vorzugsweise in Beziehung zu einem speciellen Zustande des vasomotorischen oder vaskulären Systems.

II. Dieselbe Nummer dieser Zeitschrift enthält auch (p. 528) eine kurze Inhaltsangabe einer Arbeit von Martius über denselben Gegenstand. Ebenso wie Eulenburg gesteht auch M. die Realität der von mir behaupteten Thatsachen zu. Das genügt.

Die Widerstandsabnahme soll nach mir als ein Zeichen der B. K. betrachtet werden, nicht weil man ihr diese oder jene Auslegung geben kann, sondern einzig und allein, weil sie bei dieser Krankheit constant ist. Es handelt sich um eine Beobachtungsthatsache, um nichts mehr. Ich weiss sehr wohl, dass man diesen schwachen Widerstand ausnahmsweise vorfinden kann, und ich habe ihn bei anscheinend gesunden Menschen nachgewiesen; womit ich übrigens nicht sagen will, dass er bei diesen ein zu vernachlässigendes Detail und ohne praktisches Interesse sei.

Er stellt daher an und für sich kein pathognomonisches Zeichen dar, aber ich behaupte, dass dort, wo irgend ein anderes Motiv, eine B. K. zu vermuthen, vorliegt, seine Gegenwart die Diagnose entscheiden soll. Man kann annehmen, dass er einem gewissen Zustande der Circulation entspricht, der sich auch anderswo vorfinden kann, welcher jedoch sein Häufigkeitsmaximum bei der B. K. hat. Auf dieser Coincidenz muss ich bestehen.

Ob nun zwischen dieser Widerstandsherabsetzung und dem Widerstand des Körpers — sei es, dass er gemessen oder unter anderen Bedingungen berechnet oder auf andere Weise definirt worden sei — eine gewisse Beziehung besteht oder nicht, dies ist eine absolut verschiedene Frage. Ueberdies wird der Leser in einem Aufsatz, welcher in diesen Tagen im Prog. méd. erscheinen wird, genauere Details über die technische Seite der Frage und speciell über ein klinisches Verfahren finden, welches eine genaue Messung des Widerstandes gestattet.

Zusatz zu vorstehender Mittheilung.

Von A. EULENBURG in Berlin.

Die vorstehenden Ausführungen des Herrn Romain Vigouroux dürften bei unbefangenen Lesern den Eindruck hervorrufen, dass Herr V. sich gegen eine Kritik seiner Untersuchungen wendet, welche ich gar nicht geübt habe und — wegen Mangels an thatsächlichem Material — auch nicht zu üben vermochte. Von einer solchen Kritik wird erst die Rede sein können, wenn die angekündigte Publikation erschienen sein wird, worin Herr V. hoffentlich über die von ihm angewandten Messungsmethoden genaueren Bericht abstatten wird. Erst dann wird sich entscheiden lassen, welchen Werth den von ihm mitgetheilten — immerhin bemerkenswerthen — Resultaten und speciell auch den auffallend niedrigen Widerstandswerthen zuzusprechen ist. Die für uns so bedeutsamen Punkte der Widerstandsprüfung, das Verhalten der *absoluten* und der *relativen* Widerstandsminima, hat Herr V. augenscheinlich gar nicht berührt; er würde sonst nicht die hierauf speciell Bezug nehmenden, unter sich im Wesentlichen übereinstimmen-

den Befunde von Martins und mir, welche nur eine (überdies inconstante) Vertiefung der *relativen* Widerstandsminima bei B. Krankh. ergaben, als einfache Bestätigung seiner Angaben auffassen können. — Berichtigend hebe ich noch hervor, dass von meinen 5 Fällen nur 3 das rel. W.-Min. erheblich herabgesetzt zeigten; in Fall 4 war dasselbe nur sehr wenig vertieft, „nahezu der Norm entsprechend“ — dieser Fall dürfte also wohl als positiv beweisend kaum in Anrechnung kommen.

II. Original-Vereinsberichte.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1887.

598) **Mendel**: *Ueber den Kernursprung des Augenfacialis.*

Untersuchungen an Kaninchen und Meerschweinchen lieferten dem Vortrag. das Resultat, dass der obere Facialis seinen Ursprung im hinteren Oculomotoriuskern hat. In Bezug auf das Verhalten beim Menschen sind die Fälle von Nuclearlähmung nicht brauchbar denn es fehlt z. Th. die Untersuchung der betreffenden Funktion, z. Th. fehlt die Section, z. Th. liegen nicht isolirte Lähmungen des Oculomotoriuskernes vor. Die Erscheinungen bei Hemiplegie stimmen mit der Ansicht des Vortrag. überein, denn Oculomotorius und oberer Facialis sind gewöhnlich nicht betroffen, bei der Bulbärparalyse ist ferner nur der untere Facialis ergriffen, da der Prozess nicht so weit nach oben reicht.

Der Weg, auf welchem der obere Ast aus dem Oculomotoriuskern in den peripherischen Facialis gelangt, geht durch das hintere Längsbündel und das Knie des Facialis. Analoge Verhältnisse der Vertheilung und des Ursprungs der Nerven kommen im Rückenmark vor und funktionell gehören der Musc. orbicularis und levator palpebrae sup. zusammen.

In der Discussion machte Bernhardt auf das Vorkommen von Betheiligung des Musc. orbicularis bei Hemiplegie, sowie auf das Fehlen einer solchen bei peripherischer Facialislähmung aufmerksam, während Hirschberg ein Klaffen der Lidspalte bei Ophtalmoplegia externa nicht bemerkt hat. Uhthoff hat dagegen zweimal bei letzterer eine Betheiligung des Orbicularis gesehen, während in einem Falle von angeborener Lähmung des Oculomotorius keine Beeinträchtigung vorhanden war. Baginsky erwähnt das häufige Auftreten von Oculomotoriuslähmung ohne Betheiligung des oberen Fasialis bei tuberculöser Erkrankung. Es dürfte dies durch eine frühzeitige Convergenz der Fasern bedingt sein. Mendel entgegnet, nur sichere Fälle von Nuclearlähmung könnten etwas beweisen und auch nur dann, wenn der ganze Kern ergriffen sei. Die tuberculösen Erkrankungen der Basis gehörten gar nicht hierher. Remak will das Verhalten des Oculomotoriuskernes bei congenitaler peripherischer Facialislähmung

festgestellt wissen. Der Vergleich mit dem Rückenmark passe nicht ganz, Orbicularis und Levator seien Antagonisten. Baginsky hat seine Bemerkung nur in Bezug auf Tuberkel in der Kerngegend gemacht, wogegen Mendel erwidert, das seien noch immer peripherische Lähmungen. Ausserdem habe B. nicht alle Oculomotoriusfasern getroffen gefunden, warum solle denn gerade der Facialisast getroffen sein?

Otto (Dalldorf).

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. November 1887.

599) **Oppenheim**: *Ueber die Poliomyelitis anterior chronica.*

Der Lehre von der Paralysie générale spinale ant. subaigue Duchenne's (Poliomyelitis anterior subacuta Kussmaul's, Poliomyelitis anterior chronica Erb's) fehlt noch heute die anatomische Unterlage. Die beiden Beobachtungen, auf welche sie sich stützt, (die von Cornil et Lépine und die von Webber) sind gerade in Bezug auf den anatomischen Befund unrein und complicirt. Ich bin in der Lage, heute einen Fall von reiner chronischer Poliomyelitis anterior mit scharf ausgeprägtem Rückenmarksbefunde mitzutheilen.

Die 52 jährige Patientin erkrankte im August 1883 mit Schwäche im rechten Arm, die allmählich anwuchs, sich auf die übrigen Extremitäten im Verlauf einiger Monate ausbreitete, ohne dass jemals Schmerzen, Parästhesien und andere Gesichtsstörungen bestanden. Im Februar 1885 fand sie Aufnahme in die Nervenabtheilung; ich constatirte eine schlaffe, degenerative Lähmung, welche alle 4 Extremiäten und die Rumpfmuskulatur betraf, aber doch verschiedene Entwickelung in den einzelnen Muskelgruppen zeigte. Am stärksten betroffen war das Gebiet des 5. und 6. Cervicalnerven, des n. radialis und peronaeus (partielle und complete Entartungsreaktion). Kniephänomene anfangs erhalten, schwinden, als auch der cruralis befallen wird; Sensibilität, Function der Sphincteren durchaus und zu allen Zeiten intact. Im weiteren Verlauf Zunahme der Lähmungs- und Entartungserscheinungen an In- und Extensität, so dass Ende 1885 völlige Lähmung der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur besteht. Nun werden auch die Hals- und Nackenmuskeln ergriffen. Endlich treten Respirationsbeschwerden auf, und im Dezember 1886 (3 Jahre nach Beginn) erfolgt der Tod.

Durch die Autopsie und mikroskopische Prüfung wird die Diagnose: Poliomyelitis anterior chronica auf's zutreffendste bestätigt. Es findet sich eine enorme Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarks — und nur dieser — mit fast totalem Schwunde der Ganglienzellen. Die vorderen Wurzeln sind beträchtlich entartet, wenn auch nicht so stark, als man nach der Vorderhornatrophie zu erwarten hatte. Auffallend ist der mässige Grad von Atrophie in den Nervenzweigen, welche zu den erheblich degenerirten Muskeln ziehen. Es ist durch diese Beobachtung zum ersten Male der anatomische Nach-

weis der Poliomyelitis anterior chronica erbracht worden. (Autorreferat, wird ausführlich publicirt in Westphal's Archiv.)

600) **Remak:** *Krankenvorstellung.*

Erkrankungen cerebraler Nerven ermöglichen sehr häufig die locale Diagnose eines intracerebralen Leidens. In neuerer Zeit hat die externe Ophthalmoplegie Interesse erregt. In die Kategorie dieser Fälle gehört der Patient, den R. vorstellt. Es handelt sich um einen 26 jährigen Sattler, welcher am 10. 3. dieses Jahres zum ersten Male mit Schwindelerscheinungen in seine Behandlung kam; die Familie ist gesund, Lues in Abrede gestellt, überhaupt jeder geschlechtliche Verkehr; leidet seit einigen Jahren an Schwindel, wenn er nach oben sieht. Seit einiger Zeit auch beim einfachen Gradeaussehen. Dazu kam noch Hinterhauptsschmerz und taumeliger Gang; endlich leichte Schluckbeschwerden und Dysurie. Seit dem Frühjahr 1886 keine Pollutionen mehr.

Die objective Untersuchung ergab: Blasses, leidlich genährtes Individuum; Schädel auf Anschlagen nicht empfindlich; kein Fieber, Puls 90, Herztöne rein; Urin ohne Eiweiss und Zucker; im Facialisgebiet nichts besonderes. Sprache ganz intact. Was die Deglutition betrifft, so geschieht sie mit einer leichten Anstrengung. (Mitbewegungen im Platysma) die oberen Extremitäten gesund bis auf eine Taubheit im l. Ulnarisgebiet in Folge eines Falles. Der Gang hat etwas sehr vorsichtiges, breitbeiniges; es beruht das nicht auf Augenmuskellähmungen, sondern tritt ganz besonders bei geschlossenen Augen auf. Pat. klagt über Schwäche in den unteren Extremitäten. Sehnenphänomene erheblich gesteigert; auch Fussphänomen vorhanden. Die wichtigsten Erscheinungen von Seiten der Augen sind folgende: Rechts Ptosis, Pupillen reagiren; Sehschärfe normal; leichter Nystagmus beim Blick nach rechts und links; gleichnamige Doppelbilder beim Blick nach unten. Die von Remak auf Grund dieser Befunde auf Trochlearislähmung gestellte Diagnose wurde von Prof. Schoeler bestätigt. Auch Uhthoff, der den Fall weiter beobachtete, konstatirte zuerst eine rechtsseitige Trochlearisparese; Mitte Oktober veränderte sich das Krankheitsbild: die Doppelbilder hatten keine Höhendifferenz mehr. Uhthoff nahm jetzt eine doppelseitige Trochlearisparese an.

Man kann hier natürlich nicht an eine doppelseitige peripherische Nervenlähmung denken, sondern wird auf eine centrale Affection hingewiesen, und es fragt sich, ob eine nucleare Lähmung des Trochlearis vorkommt. Wernicke bestreitet es. Man wird also mit Nothwendigkeit auf eine Erkrankung in der Kreuzung gedrängt, auf eine fasciculäre Lähmung durch Erkrankung des Velum medullare anterius. Im Centralblatt für Nervenheilkunde 1879* ist ein ähnlicher Fall beschrieben, wo die Section einen Tumor der Zirbeldrüse ergab. Auch Mauthner gibt an, dass bei derartigen Geschwülsten, wenn sie nach hinten wachsen, doppelseitige Parese des Trochlearis eintreten kann. Auch

*) Nieden: Fall von Tumor (hydroopicus) glandulae pinealis. pag. 169. (Red.)

bei der tuberculösen Meningitis kann der Trochlearis betroffen werden; davon kann in dem vorliegenden Falle jedoch nicht die Rede sein. Am wahrscheinlichsten ist eben die Annahme eines schleichenden Prozesses, der von der Zirbeldrüse ausgeht; die Diagnose ist natürlich nichts weniger als sicher, zumal in den letzten Jahren 5 Fälle von Zirbeldrüsentumoren ohne jede Betheiligung des Trochlearis beschrieben worden sind. —

In der Discussion bemerkt Mendel, dass die Symptome nicht ausreichen für die Diagnose einer Zirbeldrüsengeschwulst. Der Gang des Patienten habe etwas cerebellares; durch eine Kleinhirnerkrankung lassen sich die Trochleariserscheinungen erklären.

Uhthoff möchte hinzufügen, dass die Diagnose der doppelseitigen Trochlearislähmung etwas recht schwieriges hat, zumal hier eine gewisse Schiefstellung der Doppelbilder fehlt; es ist aber auch bekannt, dass bei Trochlearislähmungen diese Schiefstellung nicht vorhanden zu sein braucht, namentlich wenn die Lähmung schon längere Zeit besteht. In diesem Falle sind aber auch die übrigen Augenmuskeln nicht ganz intact; es ist auch eine leichte Abducenslähmung beiderseits vorhanden.

Remak erwidert auf den Einwurf Mendel's, dass man sich in der Diagnose zunächst doch an das halten müsse, was pathologisch-anatomisch beschrieben ist. Unter all den Kleinhirnfällen, die bis jetzt beschrieben sind, ist einer mit Trochlearislähmung nicht vorhanden.

601) **Bernhardt**: *Neuropathologische Mittheilungen.*

Die folgenden Fälle bieten ihrer Aetiologie halber einiges Interesse:

1) Radialislähmung bei einer alten Frau durch Druck im Schlaf. Patientin schlief auf einem Stuhle sitzend ein mit über die Brust gekreuzten Armen; der Druck wurde hevorgebracht durch die Finger, welche den betreffenden Arm umfassten. Geoffroy hat 1884 einen ätiologisch ähnlichen Fall beschrieben.

2) Doppelseitige Lähmung sämmtlicher Armnerven bei einem 11 j. Mädchen. *Ursache*: Turnen an Schweberingen mit durchgesteckten Armen.

3) 2 Fälle von Lähmung sämmtlicher Armnerven in Folge von Anwendung des Esmarch'schen Schlauches.

4) 25 j. sonst gesunder Koch, der mit Fleisch- und Brodschneiden viel beschäftigt war. Das Krankheitsbild war folgendes: Der rechte Arm war stark gebeugt im Ellbogengelenk; die Extensoren und Flexsoren fühlten sich hart an und schmerzten spontan wie auf Druck; die Hand stark ulnarwärts gebeugt. Der Daumen stand aber nicht abducirt, sondern dem vierten Finger opponirt. Das Graderichten war der Schmerzen wegen nicht ausführbar. Der linke Arm frei; Kniephänomen nicht vorhanden; Urin ohne Eiweiss und Zucker, electrische Erregbarkeit normal. Auf Antipyrin und warme Umschläge trat Besserung ein, die früheren Erscheinungen liessen sich jetzt durch Druck auf die Nerven nicht hervorrufen. (Trousseau'sches Phänomen.)

Bei der eigenthümlichen Stellung der Hand hatte B. zuerst an Tetanie gedacht, aber es fehlt verschiedenes, was für dieses Krankheitsbild characteristisch ist, vor allem das anfallsweise Auftreten der Erscheinungen, sowie die mechanische und elektrische Erregbarkeit.

In der Diskussion bemerkt Oppenheim, dass auch er der Ansicht sei, dass hier nicht an Tetanie zu denken ist.

Koenig (Dalldorf).

III. Referate und Kritiken.

602) **Kaufmann** (Breslau): Ueber Mangel des Balkens im menschlichen Gehirn. (Arch. für Psych. XVIII p. 769 und XIX. p. 229.)

Erster Fall: Bei der Section eines 24 jährigen imbecilen Mädchens, das in Folge epileptiformer Anfälle starb, wurde an dem im Uebrigen gut entwickeltem Gehirn ein *totaler Balkendefect* gefunden. Ebenso fehlte die commissura media, während die comm. anter. und poster. rudimentär entwickelt waren.

Zweiter Fall: Derselbe betraf einen 45 jährigen anscheinend geistesgesunden Menschen, der an Pneumonie erkrankt und unter meningitischen Erscheinungen moribund in das Spital aufgenommen wurde Bei der Section wurde eine *totale Erweichung des Balkens* durch Embolie constatirt, ausgehend von einem Aneurysma der Art. corpor. callus. dextra.

Der Verf. nimmt an, dass es sich in dem ersten Falle um einen angeborenen totalen Balkenmangel handle, entstanden durch Hydrocephalus internus im 3—4. Foetal-Monat.

Die höchst interressanten genaueren anatomischen Befunde in beiden Gehirnen stimmten in frappanter Weise mit der kürzlich von Onufrowicz (ref. in dies. Centralbl.) veröffentlichten Beschreibung eines „balkenlosen Mikrocephalengehirns" überein und bestätigten (entgegen Foville und Hamilton!) die Anschauung Meynerts, wonach der Balken eine *Commissur identischer Rindenbezirke* ist, und mit der „Balkentapete" und der Verbindung der inneren Kapseln nichts zu thun hat. — In beiden Fällen war nämlich trotz totalen Balkendefects das sog. Tapetum völlig normal entwickelt und die innere Kapsel durchaus intakt. Im Falle der Richtigkeit der alten Ansicht hätten natürlich beide Gebilde nicht entwickelt resp. secundär degenerirt sein müssen. — Ferner ist hervorzuheben, dass auch Kaufmann in seinem ersten Falle das von Onufrowicz beschriebene (von Burdach bereits erwähnte) mächtige *frontooccipitale Associationsbündel* sah. Dasselbe wird aussen und unten vom Seitenventrikel begrenzt und verbindet Stirn- und Hinterhauptslappen. Es ist gewöhnlich von Balkenfasern so durchsetzt, dass seine Existenz übersehen wird und erst bei Balkendefecten und gleichzeitiger Degeneration jener Fasern zu constatiren ist.

Langreuter (Eichberg).

603) **Oppenheim** (Berlin): Ueber Olivendegeneration bei Atheromatose der basalen Hirnarterien. (Berl. klin. Wochenschrift 1887 Nro. 34.)

In der Sitzung vom 24. März 1887 der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin berichtet O. von drei Fällen, welche die Olive, wenn auch nicht ausschliesslich, betrafen. In allen dreien handelte es sich um Arteriosclerose der Hirnarterien. Im ersten war die Vertebralis sinistra bedeutend erweitert und hatte eine Druckerweichung vornehmlich der linken Pyramide und Olive hervorgerufen, beim zweiten tritt erst nach der Färbung dünner Querschnitte die Atrophie der linken Olive hervor, beim dritten ist die Alteration ebenfalls bei gefärbten Schnitten gut zu erkennen.

Das Neue, das die Beobachtungen des Vortr. bringen, ist die Thatsache, dass auch in weniger schweren Fällen von Atheomatose der Hirnarterien, wie sie durchaus nicht selten vorkommen, die erweiterte Vertebralis die anliegenden Partien auf dem Wege des Druckes schädigen kann und selbst Structurveränderungen herrvoruft, die manchmal erst durch eine genaue histologische Untersuchung ermittelt werden können. Im ersten und zweiten Falle bestanden im Leben schwere bulbäre Symptome, im dritten erst in der letzten Zeit vor dem Tode. Die häufig vorkommenden schweren Respirationsstörungen dürften wohl mit dem Vagus und dessen inniger Beziehung zur Arter. cerebell. inf. post., die einige Male erweitert gefunden worden ist, zusammenzubringen sein. Goldstein (Aachen).

---

604) **Loewenfeld** (München): Ueber die Schwankungen in der Entwickelung der Gehirngefässe und deren Bedeutung in physiologischer und pathogenetischer Hinsicht. (Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 819.)

Ausgehend von dem wohl im Allg. als richtig anerkannten Satz, dass zwischen der Höhe der geistigen Entwickelung und der Masse des Gehirns speciell des Rindengrau's bestimmte Beziehungen bestehen, sucht Verf. die die Hirnmassen bedingenden Ernährungsverhältnisse näher zu ergründen, welche, wie er annimmt, in der mehr oder weniger vollkommenen Gefässentwickelung ihren Ausdruck und ihren Maassstab finden. Er untersuchte an 200 Gehirnen die Beziehungen der Weite der Gehirnarterien einerseits zum Gehirngewichte und andrerseits zur Entwicklung des gesammten übrigen arteriellen Apparates, als deren Ausdruck er den Umfang der Aorta ansieht, und fand, dass diese Verhältnisse auch unter normalen Umständen erheblichen Schwankungen unterliegen. Während das Lebensalter nachgewiesener Maassen eine geringe Rolle spielt, nimmt Verf. an, dass Individuen mit grosser geistiger Leistungsfähigkeit (i. e. Arbeitsfähigkeit im Gegensatze zu Begabung) ein quantativ günstigeres Verhältniss der Hirnarterien zu ihrer Hirnmasse haben. — Um wenigstens einen vorläufigen Anhaltepunkt für weitere Forschungen zu geben, hat Loewenfeld berechnet, dass von 122 Gehirnen (Nicht-Irrer!) die „relative Arterienweite“ im Mittel 0,24 ctm. betrug. „Relative Arterienweite“ ist die auf je 100 gr. Gehirnsubstanz entfallende Gefässquote, wenn man

die zu einander addirten beiden Carotiden und Vertebrales als Gesammtwerth der Getässversorgung des Gehirns annimmt. — Die Richtigkeit der bereits von Anderen aufgestellten Behauptung: dass die linke Hemisphäre in Bezug auf Blutzufuhr begünstigt sei, hat Verf. insofern dargethan, als er: „Die grössere Weite der l. Carotis in der Mehrzahl der Fälle“ nachwiess. Unter 122 Fällen waren:

12 mal die Maasse der beiden Carotiden gleich.
31 mal die rechte weiter.
79 mal die linke weiter. Langreuter (Eichberg).

---

605) **De Schweinitz** (New-York): Cases illustrating various forms of hemianopsie and other irregularities in the field of vision. (Zur Casuistik der Hemianopsie und anderer Sehfelddefecte.)

(The journal of nerv. & ment. dis. Mai 1887, p. 297.)

1. Fall: Typische bilaterale temporale Hemianopsie mit concentrischer Einschränkung des erhaltenen Gesichtsfeldes.

Diagnose: Läsion des Chiasma opticum innerhalb des vorderen oder hinteren Winkels. Aetiologie wahrscheinlich Lues.

2. Fall: Complete bilaterale temporale Hemianopsie. Die Section ergab ein bandförmiges Gumma, welches sich über das vordere Ende des Pons erstreckte. Die Vierhügel und der Tractus opticus, sowie der n. acusticus waren auf beiden Seiten involvirt.

3. Fall: Linksseitige laterale Hemianopsie, nebst Einschränkung des erhaltenen Gesichtsfeldes, links mehr als rechts. Patentin war sich des Defectes nicht bewusst, nur gab sie an, dass beim Nähen der Faden ihr zuweilen wie in der Mitte abgeschnitten vorgekommen sei.

Diagnose: Läsion des lob. pariet. inferior und des gyr. angularis oder des lob. occipitalis.

4. Fall: Linksseitige laterale Hemianopsie, leichte Einschränkung des erhaltenen Sehfeldes: ausserdem Hemiplegie mit Aphasie.

5. Fall: Partielle Epilepsie; Krämpfe beginnen in den rechten Extremitäten. Kniephänomene fehlen; Rechte Pupille weiter als die linke; keine Lichtreaction. Constanter Tremor des rechten Arms, zuweilen auch des rechten Beins, selten des linken Beins. Sprache langsam, häsitirend. Papillen graurötblich; Ränder verwischt, Venen voll und geschlängelt; die linke Hälfte des Gesichtsfeldes war verdunkelt, die rechte eingeschränkt, hauptsächlich rechts. Urin eiweisshaltig. Aetiologie: Lues.

Diagnose: Vermuthlich Gummi, welches den rechten Tractus opticus drükte.

6. Fall: Unilaterale temporale Hemianopsie nach einer Verletzung des linken Seitenwandbeines.

7. Fall: Temporale Hemianopsie des linken Auges; Amaurose des rechten nach rechtsseitiger Hemiplegie, die unter Anwendung des electrischen Stromes rückgängig wurde.

8. Fall: Complete rechtsseitige Hemiplegie, Hemianästhesie und Aphasie. Auf dem rechten Auge Amblyopie; auf dem linken ist auf

der temporalen Hälfte ein kleiner Theil des Gesichtsfeldes erhalten. Papille rechts grau, Arterien eng, Venen voll und geschlängelt. Linke Papille verwaschen.

In keinen dieser Fälle wurde die halbseitige Pupillenreaction beobachtet. Koenig (Dalldorf).

---

606) **Spitzka** (New-York): The intra axial course of the auditory tract. (Intracerebraler Verlauf der Acusticusbahn.) (Separatabdruck aus The New-York medical journal. 18. Sept. 1886.)

Die Untersuchungen, die S. an Cetaceen anstellte, bilden eine Ergänzung zu früheren Exstirpationsversuchen, bei denen die Schleife nicht atrophirte, wofern die hinteren Vierhügel erhalten blieben. Auch Baginsky fand in Uebereinstimmung mit von Monakow und Onufrowicz, dass bei Exstirpation des n. cochlearis Atrophie eintrat des gleichseitigen corpus trapezoides, auf der anderen Seite der unteren Schleife, des tuberculum posterius der corpora quadrigemina und des corpus geniculatum intern. Auch tritt nach von Monakow bei Zerstörung der corticalen Hörsphäre Atrophie des corpus geniculatum internum ein.

Die Cetaceen nun, welche mit sehr feinem Gehör begabt sind, besitzen einen auffallend starken Hörnerv, ebenso sind die hinteren Vierhügel und das corpus geniculat. internum unverhältnissmässig gross, desgleichen das Corpus trapezoides, dessen Fasern sich durch den mässig entwickelten äusseren Theil der Schleife bis zu den hinteren Vierhügeln deutlich verfolgen lassen.

Der Verlauf des Acusticus würde demnach folgender sein:

Cochlea, nerv. cochlearis, corpus trapezoides. Auf der entgegengesetzten Seite: Schleife, corp. quadrigemin. postic., corpus geniuclat. internum, Corona radiata, Cortex. Koenig (Dalldorf).

---

607) **Seguin** (New-York): A contribution to the pathology of the cerebellum. (Beitrag zur Pathologie des Kleinhirns.) (The journal of nerv & ment. dis. April 1887 p. 217.)

S. berichtet in ausführlicher Weise über 4 interessante Fälle von Kleinhirnaffectionen mit Obductionsbefund. Eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Koenig (Dalldorf).

---

608) **Eugen Kny** (Strassburg): Untersuchungen über den galvanischen Schwindel. (Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 637.)

Die *Methode* der Application war folgende: Flache Schwammelectroden von 2 ctm. im Geviert wurden in stark durchfeuchteten Zustande mittels eines den Kopf umspannenden Gummibandes auf den äusseren Ohrmuscheln fixirt und mit längeren Dräthen, sodass also der Kopf frei beweglich blieb, zu einer grossen Siemens'schen Batterie geleitet. Mittels Stromwenders wurde der positive Strom bald von der rechten bald von der linken Seite durch den Kopf geführt.

Der Verf. bestätigt zunächst die Ansichten früherer Autoren darin, dass — abgesehen von der verschiedenen Disposition zum Schwindel

bei verschiedenen Individuen — auch bei ein und derselben Person die Disposition an verschiedenen Tagen in weiten Grenzen schwankt, dagegen konnte Prädilection bei gewissen Krankheiten (Tabes [Hitzig]) nicht constatirt werden. Der Schwindel wird am leichtesten hervorgebracht, wenn man die Electroden in die fossa mastoidea oder Umgebung applicirt. Eine Gewöhnung vom Sensorium aus erschwert häufig die Untersuchung. Im Allg. ist der *Grad* des Schwindels der *Dichtigkeitsschwankung* des galvanischen Stromes *direct proportional.*

Im *Speciellen* lassen sich unter den eintretenden Erscheinungen dem Grade nach folgende Gruppen abgrenzen, zwischen welchen natürlich mehr oder weniger allmähliche Uebergänge stattfinden.

1. Grad: *Benommenheit.*

2. Grad: *Kopfbewegung.* Bei Schliessung der Kette fällt die Versuchsperson *constant* (entgegen Wundt!) auf die Seite der *Anode* bei Oeffnung findet Bewegung nach der *Kathode* hin statt, und zwar haben die Individuen dabei den Eindruck einer wirklichen Bewegung (kein passiver Schwindel!).

3. Grad: *Augenbewegungen*, bestehend in horizontalem und rotatorischem *Nystagmus* und *Mischformen.* „Im Augenblicke des Kettenschlusses erfolgt auf beiden Augen, vorausgesetzt, sie blicken ohne jede willkürliche Innervation eines ihrer Muskeln ruhig in die Ferne, eine streng associirte Bewegung in der Art, dass das obere Ende des vertikalen Meridian's zunächst eine *gleichmässige* Bewegung nach der *Anode* hin vollführt, welche durch eine *kurze rückende* Bewegung nach der *Kathodenseite* hin abgelöst wird.

Durch willkürliche oder unwillkürliche Action irgend eines der den Bulbus bewegenden Muskeln wird der Charakter dieses galvanischen Nystagmus gestört und in entsprechender Weise modificirt. Speziell bei sehr energischer *Convergenz* entsteht ein rein *horizontaler* Nystagmus, bei welcher die gleichmässige Bewegung wieder nach der Anode, die rückende nach der Kathode erfolgt".

4. Grad: Die *Scheinbewegungen der Objecte* erfolgen genau im *Sinne* der *wirklichen Augenbewegungen* und zwar so, dass die Objecte nach Art eines aufrecht rotirenden Rades von der Anode auf- und nach der Kathode ab-steigend bewegt schienen, aber immer erst dann, wenn vorher schon mehr oder weniger deutliche Augenbewegungen eingetreten waren. Die horizontale Modification der Augenbewegung (bei Convergenz) führte regelmässig eine Veränderung der Scheinbewegungen im horizontalen Sinne herbei. —

Bezüglich des polemischen und theoretisch ätiologischen Theils der Arbeit muss auf das Original verwiesen werden; erwähnt sei nur, dass Verf. in Uebereinstimmung mit Hitzig eher dem Kleinhirn als den halbzirkelförmigen Canälen eine Rolle bei der Aetiologie des Schwindels zutheilt. Bei einem Hunde, dem Theile des Kleinhirns entfernt worden waren, (unter analoger Anwendung des Stromes wie beim Menschen), zeigten sich sämmtliche Erscheinungen entschieden weniger ausgeprägt, als bei einem normalen Thiere.

Langreuter (Eichberg).

609) A. Goldscheider (Berlin): Ueber die Grenzen der Wahrnehmung passiver Bewegungen. (Centralbl. f. Physiologie 1887 Nro. 10.)

Das Verfahren, durch welches die Grenzen der passiven Veränderung in der Lage der Glieder bestimmt wurden, war folgendes: die erste Phalanx des linken (eigenen) Zeigefingers wurde auf einer hierzu hergestellten Gypsform, auf welcher die ganze Hand ruhte, fixirt und eine eng anliegende dicke Gummihülse über die beiden letzten Phalangen geschoben. Diese Hülse war von einem breiten festen Bande eng umschlossen, welches von einer darüber befindlichen, in einem guten Achsenlager gehenden Aluminiumrolle von 40 Centimeter Durchmesser senkrecht herabhing, derart, dass die Längsrichtung des Fingers die Drehungsebene der Rolle rechtwinklig kreuzte. Zwischen Rolle und Finger war zugleich an dem Bande ein Schreibhebel befestigt, welcher auf der der Rolle entsprechenden Seite in einem festen Lager eingelenkt war und sich in der Ebene der Rolle bewegte. Gegenüber diesem ersten Bande hing ein zweites von der Rolle herab, welches ein Korkbrettchen trug. Durch kleine Gewichte, welche an letzterem, sowie an der Fingerhülse angebracht waren, wurden die beiderseitigen Apparate aequilibrirt und die Bänder in Spannung gehalten. Sodann wurden durch eine auf die Korktafel gelegte Bleiplatte die beiden letzten Phalangen derart in der Schwebe gehalten, dass sie ohne irgend eine Muskelanstrengung in einer zur ersten Phalanx leicht gekrümmten Haltung verharrten. Kleine Zusatzgewichte wurden auf die Bleiplatte gelegt und wieder abgehoben und hierdurch passive Locomotionen des Halbfingers nach oben und unten ausgelöst, deren Verlauf durch den Schreibhebel auf die berusste Trommel übertragen wurde. —

Die Bewegungsempfindung ist im Metacarpo-Phalangealgelenk feiner als im Interphalangealgelenk. Jedoch ist die Wahrnehmung der Bewegung nicht lediglich von der *Grösse* der gemachten Excursion abhängig, sondern auch von der *Zeit*, innerhalb deren sie verläuft.

Goldstein (Aachen).

---

610) Rosenheim (Berlin): Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplen Neuritis. (Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 382.)

Ein 35 jähriger Mann erkrankt in Verlauf einer Lungentuberculose an Lähmung beider unteren Extremitäten. Die Nerven an Schulter, Rücken und Brust folgen nach. Die befallenen Muskeln gehen rasch in Atrophie mit Entartungsreaction über. Hyperästhesieen treten auf und später Anästhesieen. Kniephänomen gleich Anfangs erloschen, Hautreflexe nachher. Sphincteren bleiben frei. Am 15. Krankheitstage Beschleunigung von Respiration und Puls. Sonst keine Hirnnervenerscheinungen. Fieber erst kurz vor dem Tode. Derselbe tritt ein am 17. Krankheitstage durch Respirationslähmung.

Die Section ergab, dass der Process in den Nerven ein acut entzündlicher war, vorwiegend interstitiell, complicirt durch zahlreiche Hämorrhagieen. Nur die grossen Nervenstämme sind ergriffen. Ge-

hirn und Rückenmark sind intact, ebenso die Nerven oberhalb der ergriffenen Parthieen, dagegen hat abwärts eine geringe Veränderung im interstitiellen Gewebe stattgefunden. Die betheiligten Muskeln sind atrophirt. — Mit Rücksicht auf den ausserordentlich acuten Verlauf sowie auf die gleichzeitig bestehende Lungentuberculose hält Verf. die Nervenerkrankung für eine infectiöse, „zwar nicht direct durch Mikroorganismen hervorgerufen, aber in dem Sinne, dass sie bewirkt wurde durch giftige Stoffwechselproducte der Bacterien, die sich primär in den Lungen angesiedelt hatten.“ —

Langreuter (Eichberg).

---

611) **Haslund** (Kopenhagen): Tilfaelde af Sklerodaktyli.
(Hospitals-Tidende 1886. Nro. 13.)

612) **Kier** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Sklerodaktyli.
(Hospitals-Tidende 1887. Nro. 23.)

613) **Nielsen** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Sklerodermi med Sklerodaktyli samt symmetrisk Gangrain. (Drei Fälle von Sklerodaktylie.)
(Hospitals-Tidende Nro. 24, 25.)

Fälle von reiner Sklerodaktylie, ohne Betheiligung andrer Hautregionen, sind bisher nur drei beschrieben worden, der letzte von Potain referirt in diesem Centralblatt Nro. 20. Kiers Fall betrifft einen 29jährigen Tischler, der mit 10 Jahren zuerst merkte, dass seine Finger zeitweis gefühllos und „todt“ wurden; bald darauf trat eine seitdem fortbestehende Neigung zum Frösteln am ganzen Körper auf; mit 13 Jahren war das Gefühl von „Todtsein“ in den Fingern permanent; die Hände waren kalt und blaugefroren, zugleich entstanden häufig wiederkehrende kleine Ulcerationen am letzten Nagelgliede; mit 15 Jahren waren die ersten drei Finger beider Hände deform und in allen Dimensionen verringert; allmählich entleerten sich aus den häufiger auftretenden Ulcerationen kleine Knochensplitter; mit dem 27. Jahre wurden auch die bisher intacten 4. und 5. Finger beider Hände mitergriffen. Bei der Aufnahme in's Hospital mit 29 Jahren sind beide Hände in toto eingeschrumpft, in zusammengekrümmter Stellung, durch die Spannung der atrophischen Haut fast ganz bewegungslos; die letzten Phalangen sind auf keulenförmige Stümpfe reducirt; Schweisssecretion an den Händen ganz aufgehoben, Sensibilität intact. Kier weist darauf hin, dass die partielle Nekrose der letzten Phalangen die Analogie der Krankheit mit Rainauds symmetrischer Gangrän nahelegt. In dem Fall von Haslund waren die Erscheinungen fast ganz dieselben; es handelt sich um eine 60jährige Dame, bei der das Leiden im zwölften Lebensjahr mit Kälte- und Taubheits-Empfindungen in den Fingern begann.

In Nielsen's Fall besteht die Krankheit seit 22 Jahren, begann als locale Asphyxie der Finger im 23. Jahr; die Pat. hat einen epileptischen Bruder; an die Asphyxie schloss sich bald Atrophie und Steifwerden der Finger-Weichtheile; im 6. Krankheitsjahr stellte sich sehr schnell eine tiefe Pigmentirung der gesammten Rumpfhaut unter

Jucken und Stechen ein, sodass die Diagnose auf Morb. Addisonii gestellt wurde. 2 Jahre später kam es zu einer schnell vorschreitenden Einschrumpfung aller dritten Phalangen mit ihren Knochentheilen, sogleich zu einem hypertrophischen Zustand der zweiten Phalangen unter reichlichem Schweiss; am linken Unterarm und Handrücken kam es bald zu einer ähnlichen Handverdickung, weiterhin zu einer Abstossung von 4 dritten Phalangen, womit gleichzeitig eine Asphyxie der Zehen auftrat. — 1887 sind beide Hände symmetrisch atrophisch, ihre und die Haut des Unterarms dunkelbraun. Die Gesichtshaut ist hellbraun, mit erbsengrossen hellrothen Flecken dicht übersät, verdünnt, nicht haltbar, der mimische Ausdruck fast aufgehoben, die Lippen dünn. Zunge leicht atrophisch. Der Fall zeigt hier also in seinen Entwicklungsstadien eine Combination der Sklerodaktylie mit Gesichtsatrophie, localer Asphyxie und Sklerodermie, die nur verschiedene Phasen desselben pathologischen Prozesses darstellen.

Kurella (Owinsk).

---

614) **J. Luys** (Paris): Les Emotions chez les sujets en états d'hypnotisme. (Affecte bei Hypnotisirten.) (L'Encephale VII. 5. p. 513. Mit 8 photographischen Portraits.)

Unter diesem nicht ganz zutreffenden Titel hat Luys Versuchs-Ergebnisse dargestellt, die er über die Fernwirkung von Medicamenten bei Hypnotisirten angestellt hat. Veranlasst waren dieselben durch die Angabe von Bourru und Burot, dass Hypnotisirte bei Annäherung einer Cantharidin-Lösung in einer Flasche bis auf einige Millimeter Priapismus und Urindrang zeigen, in der Gesellschaft einer verschlossenen Weinflasche berauscht werden, u. s. w.

Diese Fernwirkung chemischer Substanzen, die lebhaft an die ja wohl ebenso räthselhafte Gravitations-Theorie erinnert, hat L. auch dann constatirt, wenn er dieselbe in zugeschmolzenen Glasröhren applicirte; er warnt sogar, zu grosse Dosen in diese Röhren zu thuen(!) da man leicht gefährliche Erregungserscheinungen damit hervorbrächte. Uebrigens hatte auch Glas allein schon eine starke Wirkung, und kleine Dosen Wasser in zugeschmolzenen 10 Gramm haltenden Röhren führten zu starken hydrophobischen Erscheinungen; kaum war das wasserhaltige Röhrchen eine Minute lang auf den Nacken des Hypnotisirten aufgesetzt worden, als derselbe die Augen mit einem drohenden und unheilverkündenden Ausdruck öffnete, wie entsetzt einen Punkt fixirte und einen heftigen Krampf der Gesichts-, Kau- und Schluckmuskeln zeigte. Bedingung für das Gelingen der Experimente ist jedoch, dass vorher das von Charcot beschriebene lethargische Stadium der Hypnose mit neuro-muskulärer Hyperexcitabilität eingetreten sei; applicirt man das Gläschen mit dem Medicament nicht auf die Haut, sondern lässt es in einer Entfernung von 8—10 Ctm. vom Körper einwirken, so tritt die Wirkung etwas später ein. Kurz nach der Application öffnet der Hypnotisirte die Augen, die Physiognomie nimmt einen Ausdruck an, der den jedesmal vorhandenen Hallucinationen entspricht. Die Wirkung kann verschieden sein, je nachdem man

rechts oder links applicirt; so machte Glas links Freude, rechts Schreck. Je nach der Impressionnabilität sind die Wirkungen mehr local (z. B. auf die unterliegende Muskulatur) oder generalisirt; besonders häufig treten Aenderungen der Herzaction, der Darmperistaltik und vasomotorische Störungen auf; übrigens haben dieselben Substanzen an verschiedenen Körperstellen abweichende Wirkungen. Fenchel-Essenz gab vor dem rechten Auge einen entzückten Blick, vor dem linken Auge Widerwillen. Die Photographieen geben dasselbe Individuum — das im Normalzustande übrigens schon recht durchtrieben aussieht — in verschiedenen Zuständen wieder und geben den Berichten einen gewissen Anstrich von Wahrscheinlichkeit. Fig. 4 z. B. zeigt die Dame mit dem Knicken eines imaginären Flohs beschäftigt, den sie bei Annäherung von Fenchel-Essenz links am Gesicht zu suchen angefangen hat.

Die Abhandlung soll fortgesetzt werden.

Kurella (Owinsk).

---

615) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber einen Fall von (juveniler) progressiver Muskelatrophie mit Betheiligung der Gesichtsmuskulatur.

(Berl. klin. Wochenschrift 1887. Nro. 22.)

Fräulein W... 18 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie; sie klagt über zunehmende Schwäche der oberen Extremitäten. Inspection der Patientin von hinten ergibt: die Annäherung der Schulterblätter nach hinten kommt nur unvollkommen zu Stande und nur bei den unteren Partien treten dabei die Mm. rhomboidei etwas hervor. Mm. deltoides beiderseits gut entwickelt; Beugemuskeln scheinen zu fehlen. Linker Oberarm in Mitte 19$^1/_2$ Ctm. M. supinator longus fehlt beiderseits. Keine fibrillären Zuckungen. Bewegungen der Arme in beiden Schultergelenken noch ziemlich gut. Hält aber die Patientin die Arme nach aussen rotirt, so ist eine Beugung der Unterarme zu den Oberarmen unausführbar; sind aber die Arme nach innen rotirt, so kommt eine Beugung des Vorderarms zu Stande, nicht durch die Beuger, sondern durch die Zusammenziehung von Muskeln, welche vom Cond. int. hum. zur Ulnarseite des Vorderarms ziehen (flex. carp. uln., flexor digit. prof.). Entartungsreaction liess sich nirgends nachweisen. Die Erregbarkeit ist links weniger gut, als rechts. Die etwa vorhandenen Reste der Muskeln biceps, brachialis intern., supinat. longus sind weder rechts noch links in Contraction zu versetzen. Wadenmuskulatur nicht hypertrophisch (Umfang 31—32 Ctm.). M. tibial. ant. weder direct noch indirect electrisch erregbar bei erhaltener Erregbarkeit der Zehenstrecker und der Peronealmuskulatur, rechts weniger deutlich wie links. Psyche vollkommen frei.

Am *Gesicht* ist nichts Abnormes zu bemerken, aber die *Lippen* sind mit ihren Rändern nach aussen umgebogen. Beim Versuch zu pfeifen contrahirt sich nur die linke Hälfte der Ober- und die rechte der Unterlippe, die anderen Hälften bleiben schlaff, der Mund wird schief. Dasselbe beim Aussprechen der Buchstaben B, P, M. Die ganze linke Unterlippenkinngegend gegen rechts abgeflacht. Beim Lä-

cheln tritt „rire en travers“ ein. Dies alles seit einem Jahre etwa. Gesichtsmuskeln beiderseits erregbar. Subjective wie objective Sensibilitätstörungen fehlen. Oberschenkel, Gesäss und tiefere Rückenmuskulatur konnte nicht untersucht werden.

Bemerkenswerth ist erstens das Fehlen hereditärer Momente, zweitens die Abwesenheit eines Traumas und endlich das Fehlen hyper- oder pseudohypertrophischer Zustände.

Goldstein (Aachen).

---

616) **Witkowski** (Berlin): Zur Klinik der multiplen Alkoholneuritis.
(Arch. f. Psych, XVIII. 3. p. 809.)

Erster Fall: 48 jähriger Schuhmacher, seit Jahren dem Schnapsgenuss in hohem Grade ergeben, erkrankt in rascher Aufeinanderfolge (einige Wochen) folgender Symptome: Lähmung der Unterarme, der Bauchmuskeln, wahrscheinlich auch des Zwerchfells, Lähmung und Ataxie in den Muskeln der Beine, complete Entartungsreaction sämmtlicher gelähmter Muskeln (incl. Zwerchfell) grosse Schmerzhaftigkeit der befallenen Muskulatur und der grösseren Nervenstämme. Parallel mit der Ausbreitung der Lähmung geht eine völlige Aufhebung des Tastgefühls der Haut. Ausserdem in Bezug auf Schmerzgefühl: verspätete Empfindung, Doppelempfindung und Nachempfindung. Muskel-, Sehnen- und Hautreflexe sind an den gelähmten Theilen erloschen. —

Zweiter Fall: 52 jähriger Beamte erkrankt nach einem ca. 2 jährigen Prodromalstadium allgemeiner Mattigkeit innerhalb einiger Wochen folgendermassen: hochgradige Lähmung und degenerative Atrophie der Oberextremitäten, starke Ataxie der Unterextremitäten mit Fehlen der Sehnenreflexe bei nur leichter Lähmung und Atrophie mit normaler electrischer Erregbarkeit. Muskeln auf Druck schmerzhaft, die Nervenstämme nicht. Die Hautsensibilität ist normal. —

In beiden Fällen war der Nervus ulnaris und die von ihm versorgten Muskeln an dem Processe nicht mitbetheiligt.

Bei beiden Individuen war die Krankheit zur Zeit des vorbeschriebenen Zustandes einigermaassen stationär geworden. Im Anschluss an die Einzelschilderungen resumirt Verf. das Krankheitsbild und den klinischen Verlauf des in Rede stehenden Leidens, wie es sich nach bisher bekannten Fällen ergiebt und verspricht für später ausführlichere Behandlung des Thema's, da er in der Lage war im Krankenhause Friedrichshain wiederholt *frühere Stadien* der Krankheit beobachten zu können, welche bezüglich der Frage nach dem primären Sitz („kaum zweifelhaft: Muskeln beziehungsweise nervöse Endapparate“) von besonderem Interresse sind. Der gewöhnliche klinische Verlauf entspricht ungefähr dem ersteren der geschilderten Krankheitsbilder: *gemeinsame Haupt-Züge* in beiden sind: „Grosse Schmerzhaftigkeit der Muskulatur, die multiple einfache und degenerative Atrophie der Nerven und Muskeln, die Ataxie, entweder mit der einfachen oder mit der degenerativen Atrophie vereint und die fehlenden Sehnenreflexe“. — Als Unterscheidungsmerkmal der einfachen Neuritis von der alkoholischen giebt Verf. an, dass bei der

letzteren Lähmung und Entartungsreaction erst auf der Höhe der Erkrankung (oft erst nach Jahre langem Vorstadium) eintritt, während diese Symptome bei der gewöhnlichen Neuritis von Anfang in den Vordergrund treten. — Langreuter (Eichberg).

617) **J. Trautwein** (Kreuznach): Ueber das Verhalten des Pulses, der Respiration und der Körpertemperatur im elektrischen Soolbade. (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin 1887.)

Verf. prüfte die Angaben von Lehr und Eulenburg über Puls, Athmung und Körpertemperatur im elektrischen Bade und nahm die graphische Aufnahme des Radialpulses vermittelst des Marey'schen Sphygmographen vor. Als Bademedium bediente er sich der Kreuznacher Soole. Die Resultate fasst er selbst folgendermassen zusammen:

Die Soole empfieht sich als Bademedium zur Herstellung hydroelektr. Bäder bei Anwendung der Kissenelectrode mehr, als das einfache Wasser.

Dem elektrischen indifferent-warmen Soolbade kommen keine besonderen Einwirkungen weder auf Puls, Respiration, noch Körpertemperatur zu. Die in demselben beobachteten Veränderungen sind abgesehen von denjenigen, welche durch das indifferent-warme Soolbad selbst hervorgerufen werden, wahrscheinlich als Polwirkungen zu betrachten.

Die Reflexerregbarkeit der sensiblen Hautnerven ist im indifferent-warmen Soolbade sowohl für schwache als auch starke elektrische Reize und wahrscheinlich auch für alle anderen Reize erheblich vermindert, wenn nicht ganz aufgehoben.

Das elektr. Soolbad wirkt erfrischend auf das ganze Nervensystem, vermehrt den Appetit, regt zu geistiger Arbeit an u. s. w. In erhöhtem Maasse kommen diese Eigenschaften dem farad. Bade zu.

Galvanische Bäder mit wiederholten Unterbrechungen des Stromes, oder faradische mit seltenen Unterbrechungen des inducirten Stromes sind zu vermeiden. Goldstein (Aachen).

---

618) **Siemerling** (Berlin): Ein Fall von forensicher Hystero-Epilepsie. (Berl. klin. Wochenschrift 1887 Nro. 31.)

In der Sitzung vom 24. Febr. 1887 der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin sprach S. von einer 47 jährigen Schneidermeisterwittwe, welche wiederholt wegen Ladendiebstähle in Untersuchung, ein mal bestraft war. Das Anfangs 1886 eingeleitete Entmündigungsverfahren hatte einen negativen Erfolg, da Provokatin nicht für geisteskrank erklärt und Simulation nicht ausgeschlossen erschien. Die Angeklagte (sie hatte inzwischen wieder gestohlen) stammt aus psychopathischer Familie. Während der Beobachtung in der Charité wurden hystero-epileptische Anfälle constatirt. Zunächst litt Pat. an grossen Anfällen, daneben an Schwindel- und petit mal-Anfällen. Die grossen Anfälle boten Erscheinungen (Zungenbiss, Urinentleerung), welche gewöhnlich dem hysterischen Anfall fehlen, gleichzeitig aber

fehlte ihnen ein Symptom, das für den classischen epilept. Anfall charakteristischer ist, nämlich die reflector. Pupillenstarre.

Interessant sind die Sensibilitätsstörungen. Anaesthesie der ganzen linken Seite, Herabsetzung der Druckempfindlichkeit und totale Analgesie. Das Gesichtsfeld ist beiderseits für Weiss und Farben concentrisch eingeengt, eine Erscheinung die mit Beginn des Anfalls stärker wird. Die linke Seite ist mehr betroffen, als die rechte. Muskelgefühl hat gelitten.

Es hat sich Schwachsinn ausgebildet; die Geistesstörung ist als chronische Paranoia mit Grössenideen aufzufassen. Für die Fälle zweifelhafter Geistesstörung ist der Nachweis der angedeuteten Sensibilitätsstörung von Wichtigkeit. Goldstein (Aachen).

---

619) **Pichon** (Paris): Les délires multiples et des Intoxications d'origine différente chez le même individu. (Multiple Delirien und mehrfache gleichzeitige Intoxicationen.)

Gekrönte Preisschrift. (L'Encéphale VII. 4 und 5.)

Die Société medico-psychologique hatte 1885 einen Preis für eine Abhandlung über die Coexistenz mehrfacher deliriöser Zustände ausgesetzt. Pichon hat mit der Arbeit, deren erster, historischer Theil hier vorliegt, den Preis erworben.

Schon bei älteren Psychiatern wird das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Delirien bei demselben Individuum beschrieben, aber ohne planmässiges Eingehen auf die Frage. Erst Lasègue gab 1868 eine erschöpfende Behandlung der Complicationen des Alkoholismus durch Verfolgungsdelirien, Epilepsie, allgemeine Paralyse und Fieberdelirien. Magnan beschrieb 1881 die Complication der Epilepsie mit Melancholie und Verfolgungsdelirien. Neuerdings beschrieb dann Dericq Complicationen verschiedener psychopathischer Zustände mit hereditärer Degeneration, und die Coexistenz von Alkoholismus mit Absinthismus.

Unter multiplen Delirien will nun P. nicht die mit wechselnden Stimmungen wechselnden Wahnideen, und ebensowenig zwei im Prozess der Transformation zusammentreffende psychische Stadien derselben Psychose verstehen, sondern die Coexistenz zweier sich nicht combinirender, in keinem genetischen Zusammehange stehender Delirien. So könne ein Epileptiker Trinker werden, Delirium tremens mit zugehörigen Hallucinationen bekommen und dann noch einen vorhandenen, ererbten Keim einer primären Verrücktheit entwickeln; die drei Delirien beständen dann ganz unvermittelt nebeneinander; die Therapie könne das eine eliminiren, während die anderen fortbestehen. P. discutirt allerlei derartige Summen von Psychosen und lässt dabei die heut in Frankreich üblichen Krankheitsformen als absolute Entitäten, als abgegrenzte Einzeldinge nebeneinander existiren, ohne dass ein gegenseitiger Einfluss stattfinden könne. Er müsste die Hälfte aller in Anstalten eintretender Paralytiker citiren, wenn er die Coexistenz des Alcoholismus mit der ihm vorausgehenden Paralyse casuistisch darstellen wollte; als Beispiele sollen zwei Fälle von „folie paralytique" gelten, bei denen das sonst meist coexistirende Delirium „dé-

mence paralytique", angeblich fehlt. Indess bestätigen die dafür gegebenen Thatsachen diese Auffassung, und damit die Annahme einer Doppeltheit der allgemeinen Paralyse, durchaus nicht.

Kurella (Owinsk).

---

620) **Leon Pacher** (Traunstein): Psychische Impotenz, konträre Geschlechtsempfindung. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 38. Jahrg. 4. Heft Juli und August.)

27jähriger Mann, seit etwa 4 Monaten mit einer jungen und hübschen Dame verheirathet, enthält sich 15 Wochen hindurch von jedem Beischlafsversuch. Als derselbe auf fremde von der Gattin veranlasste Anregung in's Werk gesetzt wird, misslingt er, indem der durch onanistische Hantirungen und päderastische Vorstellungen erigirte Penis beim Immissionsversuch sofort erschlafft. Die Ehefrau befürchtet das Vorhandensein eines geschlechtlichen Fehlers. Entsprechende Behandlung ist erfolglos. Es tritt gegenseitige Verstimmung, sowie Wunsch nach Auflösung der Ehe ein.

N. in dessen Familie ein Fall von in Selbstmord ausgehender Geisteskrankheit vorkam, will mit dem siebenten Jahre zu unsittlichen Handlungen mit anderen Knaben verleitet worden sein und bis vor einem halben Jahre onanirt haben. Noch heute erregen ihn päderastische Vorstellungen bis zur Ejakulation, während er durch ein weibliches Wesen nie geschlechtlich erregt wurde. N. ist kräftig, wohlgenährt, Kopfbildung normal, Blick unstät, hat als kleines Kind lange gekränkelt. Eine feste Lebensstellung hat derselbe nicht erringen können, da seine intellektuellen Leistungen stets sehr gering waren. Ausserdem zeigte N. Hang zur Verschwendung sowie zum Trunk. Es entstand Alkohol-Intoleranz, sodass schon geringe Dosen geistiger Getränke vorübergehende Grössenwahnvorstellungen erzeugten. Er suchte freiwillig eine Irrenanstalt auf behufs Heilung von der Trunksucht und liess sich später anstandslos entmündigen. Das Gutachten ging dahin, dass N. mit unheilbarer, psychischer Impotenz und mit perverser Sexual-Empfindung behaftet sei. Dasselbe wird begründet durch die Glaubwürdigkeit der Aussagen beider Eheleute, sowie durch die Konsultation des Arztes. Organische Impotenz liegt nicht vor, wohl aber psychische. Dieselbe ist angeboren und daher unheilbar.

Landsberg (Ostrowo).

---

621) **Dörschlag** (Stralsund): Beitrag zu den Puerperalpsychosen. (Inaug.-Diss. Berlin 1886. 28 Seiten.)

Verf. hat 30 Fälle von Puerperalpsychosen in der Charité zu Berlin beobachtet, die er zur Grundlage seiner Arbeit gemacht hat. Er theilt die verschiedenen Krankheitsformen in Melancholie, Manie und „puerperale Verwirrtheit" ein. Von der ersteren Form sah er 3 von der zweiten 7 und von der dritten 20 Fälle. Von der „puerperalen Verwirrtheit" stellt er zwei Arten auf, eine leichtere, 4—5 Wochen dauernde mit guter Prognose, und eine schwerere Art, 7—8 Monate währende mit ungünstiger Prognose. Die leichtere Erkrankung

beginnt immer in den ersten Tagen nach der Entbindung, die schwerere entweder in der ersten oder in der dritten bis sechsten, nie in der zweiten Woche. Als Hauptunterscheidungsmerkmal dieser „Verwirrtheit“ von der Melancholie und Manie stellt Verf. die Hallucinationen auf, die bei den letztgenannten Erkrankungen nie vorkommen. Bemerkenswerth sollen Remissionszustände sein, die sehr schnell auftreten und ebenso schnell den Tobsuchtsanfällen wieder weichen. Diese Remissionen können zweierlei Art sein; einmal Zustände, in denen die Kranken nach dem plötzlichen Aussetzen der Hallucinationen besonnen und ruhig sind, mit Einsicht von den Hallucinationen sprechen, sodann Zustände, in denen die Patienten theilnahmlos, selbst stuporös sind.

Unbedenklich scheint mir die Annahme, dass diese „puerperale Verwirrtheit“ sich mit dem früher von Fürstner aufgestellten „hallucinatorischen Irresein der Wöchnerinnen“ deckt. Letztere Bezeichnung ist jedenfalls viel schärfer, da sie das wichtigste Unterscheidungsmerkmal, die Hallucinationen, in den Namen aufnimmt. Die Herren, bei denen Dissertationen gearbeitet werden, sollten doch darauf halten, dass die „Verwirrtheit“ der Namengebung in der Psychiatrie nicht noch gesteigert werde. Die sehr treffende Benennung einer genau beschriebenen Krankheitsform durch einen weniger bezeichnenden Namen zu ersetzen, halte ich, zumal wenn die Beschreibung der Krankheitserscheinungen sich deckt, für mindestens überflüssig.

Erlenmeyer.

622) **Bartel** (Haynau): Ein Beitrag zur Lehre vom menstrualen Irresein. (Inaug.-Diss. Berlin 1887. 60 Seiten.)

Das Studium dieser kleinen Arbeit wird durch den schwerfälligen Styl, in welchem sie geschrieben ist, sehr erschwert. Die Sätze sind nach dem verwickeltsten Schachtelsystem gebaut und erreichen sehr häufig eine Länge von 15, ja von 18 Zeilen (z. B. Seite 49). Ein sehr genau beobachteter Fall wird der Auseinandersetzung zu Grunde gelegt, die im Wesentlichen Bekanntes nur bestätigt. Sehr bemerkenswerth hätte sich die Beantwortung der vom Verf. aufgeworfenen Frage gestalten können, ob das menstruale Irresein sich ausnahmsweise auch durch einen einmaligen Anfall zeigen könne. Die Frage wird im Anschluss an einen früher von Westphal veröffentlichten Fall gestellt. Nach Verf. „ist kein Grund vorhanden, anzunehmen, dass ein solcher Fall von einmaligem menstrualen Irresein nicht auf irgend eine Weise (Wegfall der disponirenden Schädlichkeit, Erfolg bestimmter therapeutisch-präventiver Maassnahmen oder dgl.) in sofortige Heilung übergehen könne; allerdings wird es schwer sein, zu beweisen, dass eine solche Erkrankung an nicht periodischem menstrualen Irresein thatsächlich und ausschliesslich die Folge eines Ovulationsreizes ist.“ Die Ausführungen des Verfassers, mehr der Erguss subjectiver Ueberzeugung als der Niederschlag objectiver Begründung befriedigen nicht, ja er kommt sogar bezüglich des Westphal'schen Falles mit sich selbst in Widerspruch.

Auch den Versuch zwischen den Anfällen menstrualer Psychose

und den ihnen sehr ähnlichen epileptischen Dämmerzuständen (Aequivalente, Sammt) Unterscheidungszeichen aufzurichten muss ich als misslungen betrachten. Verf. sagt bei Erörterung eines von seiner Patientin ausgeführten Sprunges durch's Fenster folgendes: „Der damals prämenstrual erfolgte Sprung aus dem Fenster involvirt sicherlich auch eine unbeabsichtigte Schädigung des eigenen Lebens, einen unbewussten Selbstmordversuch nach Art der psychisch-epileptischen Erscheinungen. Dennoch aber unterscheidet er sich wesentlich von jenen Conamina suicidii der epileptischen Dämmerzustände zunächst dadurch, dass er auf Grund ganz bestimmter hallucinatorischer Wahnvorstellungen erfolgte, welche der Kranken mit einer gewissen logischen Nothwendigkeit zu dem impulsiven Drange verhelfen mussten, das Zimmer zu verlassen, während der epileptische Zustand solcher gebieterischen, mit logischer Consequenz durchgeführten Einwirkung von Sinnestäuschungen auf die Manifestation der psychischen Anomalie vollkommen ermangelt. Hier sind die unbekannten Motive zur That auf inneren Zwiespalt und schreckliche Angstgedanken oder auf heftigen mit Hass und Rache erfüllten Verfolgungswahn gegründet, von Hallucinationen ist hier keine Rede.“ In solcher allgemeinen Fassung ist diese Ausführung sicher nicht zutreffend, da hallucinatorische Epilepsie-Aequivalente und -Dämmerzustände zweifellos vorkommen.

Auch der verschiedene Grad des Erinnerungsvermögens kann meines Erachtens nicht als differential-diagnostisches Merkmal verwendet werden, wie es der Verf. thun möchte. Dieser verschiedene Grad des Erinnerungsvermögens hängt lediglich von der Tiefe der Bewusstseinsstörung ab, also von der Quantität, nicht von der Qualität der Erkrankung. —

Viel interessanter ist derjenige Theil der Arbeit, der ihr gewissermaassen als Anhang beigegeben ist; er handelt über einen Fall dem der Verf. den glücklich gewählten Namen „Klimakterisch-pseudomenstruales Irresein“ gegeben hat. Eine 45 Jahre alte Frau, bei der seit 4 bis 5 Jahren die Menses ausgeblieben sind, wird wegen eines Selbstmordversuches der Charité in Berlin zugeführt. Anamnese und fortlaufende Beobachtung ergaben Folgendes: Bis zur Menopause will die Pat. niemals an Schwindel-, Ohnmachts- und Angstanfällen gelitten haben; erst als die Periode im Wechseljahr nicht mehr erfolgte, seien immer gewisse Anfälle der genannten Art an ihre Stelle getreten, gleich das erste Mal habe sie *anstatt der Periode* einen Angstanfall bekommen und auch fernerhin seien dieselben der Zeit nach nur dann erfolgt, wenn normal die Periode hätte eintreten müssen. Die Anfälle sind charakterisirt durch das Gefühl von Blutwallungen, Hitzegefühl im Kopf, Angst. Der Anfall, in welchem sie den Selbstmordversuch beging, war besonders heftig. Sie befand sich beim Reinigen von Geschirr und hatte ein Messer in der Hand; vorher bestanden keine Zeichen eines körperlichen Unwohlseins. Plötzlich wird ihr schlecht, das Blut steigt ihr mit grossem Hitzegefühl in den Kopf, es wird ihr schwarz vor den Augen, sie verliert die Besinnung vollkommen; von diesem Augenblick an weiss sie nicht mehr was ge-

schehen ist; sie entsinnt sich nur noch bestimmt, dass der letzte Gegenstand, den sie in der Hand gehabt ein Tischmesser gewesen sei; sie habe nicht die Absicht gehabt sich zu schneiden. Nach einigen Stunden finden sie ihre Angehörigen mit mehrfachen Schnittwunden. Sie vermag sich später nicht zu besinnen vor wie viel Tagen der Vorfall passirt ist und wie lange sie in der Anstalt sich befindet. Genau am 28. Tage nach diesem schweren Anfall, während die Patientin noch in der Anstalt sich befand, trat Nachmittags wieder ein aufsteigendes Hitzegefühl auf, welches genau dem bei den früheren Anfällen entsprach, wurde ihr übel und schwindelich.

Der Fall wäre ohne Weiteres als menstruales Irresein aufzufassen, wenn eben nicht die Hauptsache, die Menstruation fehlte. Verfasser hat in der gesammten, ihm zu Gebote gestandenen Literatur keinen zweiten ähnlichen Fall gefunden, sieht ihn mithin als einen eigenartigen an und fühlt sich berechtigt ihn mit dem besonderen Namen „Klimakterisch-pseudomenstruales Irresein" zu belegen.

Eine Erklärung der pseudomenstrualen fluxionären Vorgänge ist nicht zu geben, man kann nur annehmen, dass trotz der erloschenen Zeugungsfähigkeit immer noch ovariale oder ihnen analoge Vorgänge innerhalb des Sexualapparates sich in dem zeitlichen Typus der Menstruation abspielen, die einen erregenden Einfluss auf das Gehirn ausüben. Ueber die Natur dieser Vorgänge wissen wir nichts.

Den etwaigen Einwand, die Patientin sei noch nicht in der Menopause gewesen und die Ovulation sei nur mit Amenorrhoe verlaufen, weisst Verf. als unbegründet zurück. Erlenmeyer.

---

623) **Ziehen** (Jena): Sphygmographische Untersuchungen an Geisteskranken. (Mit 43 Holzsch. im Text. Jena, Fischer 1887, pag. 67. M. 2,40.)

Die Zeit ist vorüber, in der die sphygmographisch-psychiatrischen Lehrsätze O. J. B. Wolff's Bedeutung hatten. Niemand, der eigene Erfahrungen über Pulszeichnung gesammelt hat, glaubt an das gesetzmässige Zusammengehen von Puls und Temperatur bei Geisteskranken, glaubt an den Pulsus tardus als an den Normalpuls der unheilbaren Psychosen, glaubt, dass diese Tardität von einer Functionsstörung des vasomotor. Nervensystems abhängig ist, glaubt endlich, dass heilbare Psychose nur ausnahmsweise normale Pulsformen darbieten. Den letzten Zweifel an diesen Sätzen benimmt Ziehen's vortreffliche Arbeit, die deshalb eine grosse Bedeutung beansprucht. Sie zerfällt in vier Theile in I. Historisch-kritischer Ueberblick; II. Methodik; III. Eigene Untersuchungen; IV. Allgemeine Ergebnisse. Der erste Abschnitt zeichnet sich aus durch ein klares, sehr bestimmt auftretendes Urtheil. Der zweite Abschnitt lässt die gleiche Klarheit bei der Beschreibung des vom Verf. angewandten besonderen Sphygmographen vermissen, der nach einer Idee des Herrn Professor Preyer in Jena angefertigt ist. Auf die Wiedergabe der Beschreibung muss ich hier verzichten, bemerke nur, dass der Apparat eine Messung des auf das Arterienrohr ausgeübten Druckes nicht zulässt. Auch über den Ort

der Untersuchung herrscht nicht die wünschenswerthe Klarheit, indem der Verf. offenbar die Art. brachialis und Art. cubitalis identificirt; er empfiehlt dringend die Art. cubitalis zu untersuchen, aber seine mitgetheilten Curven sind nicht alle an dieser Arterie aufgenommen, sodass eine genaue Vergleichung erschwert wird. Noch störender ist, dass ein Theil der Curven von links nach rechts, ein anderer umgekehrt zu lesen ist. Auch ist die Normalcurve des Cubitalpulses so sehr von dem Bilde des Radialpulses verschieden, dass man hier erst von Neuem die Einzelheiten der Curven zu entziffern lernen muss, eine dem Leser meiner Meinung nach unnöthig aufgebürdete Schwierigkeit; denn die vom Verf. vorgeführten Cubitalcurven haben vor Radialcurven, die mit guten Instrumenten (Dudgeon) und guter Methode aufgenommen sind, nicht das Mindeste voraus. Im Gegentheil sie stehen hinter jenen zurück. Den Schluss des zweiten Abschnittes bildet die Beschreibung der von Z.'s Apparat gelieferten Normalcurve,



Normalcurve des Cubitalpulses.

Die Ansicht des Verf.'s, dass die relative Häufigkeit spitzwinklicher Gipfel seiner Curven der Exactheit seines Instrumentes und der durch dasselbe gegebenen Möglichkeit exactester Einstellung zuzuschreiben ist, möchte ich auf Grund meiner Erfahrung lediglich auf die letztere, die exacte Einstellung einschränken. Wer die Methodik beherrscht und ohne Voreingenommenheit arbeit, wer also nicht, wie seiner Zeit O. J. B. Wolff tarde Pulse finden *will*, der wird sie weder mit den Instrumenten von Marey, noch von Dudgeon, noch mit anderen häufiger als mit dem von Ziehen erhalten. Man muss aber auch nicht nur *spitze* Gipfel finden *wollen*. Aus welchem Grunde übrigens ein Instrument, welches keine Veränderung der Arterienbelastung zulässt*) exacter sein soll als andere, ist mir aus Verf.'s Beschreibung nicht klar geworden.

Von einer 50jährigen Frau (Paranoia chron.) mit hochgradiger Atheromatose.

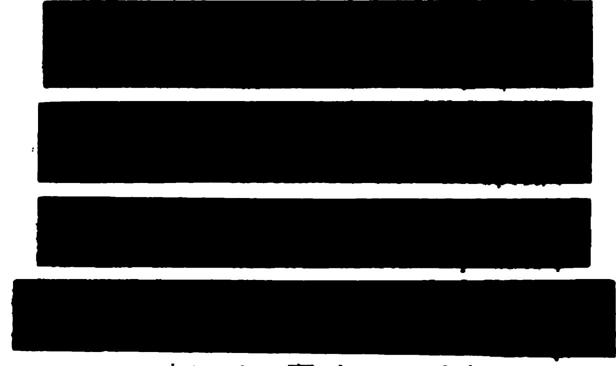
Die *eigenen Untersuchungen* (Abschnitt III) des Verf.'s umfassen im Ganzen 200 Fälle mit etwa 1500 einzelnen Curven. Der Hauptsatz, den Verf. aufstellt, lautet: „Den Psychosen, wie sie die heutige Psychiatrie klinisch diagnosticirt und unterscheidet, entsprechen im Einzelnen keine bestimmten sphygmographischen Curven, so dass jene nicht ohne diese vorkämen. Unterschiede in den Curvenbildern und

*) Möglich scheint mir diese Veränderung doch dadurch, dass man verschieden starke cylindrische Stäbe unter den über der Arterie liegenden Gummiring schiebt; davon spricht Verf. aber nichts. E.

Abweichungen von dem Normalpuls müssen in accidentellen Symptomen der Psychose begründet sein. Solcher accidenteller Symptome giebt es drei: 1) begleitende Affecte, 2) paretische Erscheinungen im Gebiete der kleinsten Arterien, 3) spastische Erscheinungen im Gebiete der kleinsten Arterien". „Diese drei Symptome — sagt der Verf. — lassen sich bei einer Psychose ganz unabhängig von der sphygmographischen Aufnahme feststellen. Ich behaupte nun, dass fast alle klinischen Krankheitsformen der heutigen Psychiatrie eines dieser 3 Symptome allein oder das erste und zweite zusammen oder das erste und dritte zusammen in gewissen Stadien zeigen können und zu zeigen pflegen, und dass nur diese so hinzukommenden Symptome die zu beobachtenden Veränderungen des Pulsbildes bedingen; an sich ist keine Psychose so zu sagen sphygmographisch wirksam. Ganz vergebliche Mühe ist es also auch für diese oder jene Psychose eine bestimmte Pulsform finden zu wollen. Wo diese sphygmographisch wirksamen — accidentellen — Symptome fehlen, ist auch die Pulscurve normal, vorausgesetzt dass keine Herz- oder Gefässkrankheiten existiren."

Es ergeben sich mithin 5 Möglichkeiten der Pulsveränderung durch obige Ursache.

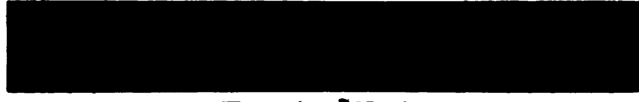
1) *Von der Wirkung pathologischer Affecte auf den Puls von Geisteskranken.* Der wichtigste Satz dieses Abschnittes ist der, dass intellectuelle Vorgänge keinen Einfluss auf den Puls zeigen, dass sie aber, wenn sie bei ihnen auftreten, nur auf den begleitenden Affect zu beziehen sind. Interessant ist, wie Verf. dies an Hypnotisirten feststellt, wie folgende vier Curven beweisen.



Die erste Curve ist im Wachen geschrieben, die zweite unmittelbar darauf (ohne Wechsel der Einstellung) in der Hypnose, die dritte Curve entspricht der Suggestion eines freudigen Affectes, die vierte der Suggestion von Angst. Klar ist zunächst — was gegen Tamburini zu betonen ist, dass die Hypnose an und für sich die Curve in keiner Weise verändert hat. Die durch Suggestion hervorgerufenen Affecte haben hingegen die Pulsform deutlich beeinflusst: die erste secundäre Elevation (Elasticitätsschwingung) ist höher gerückt und ihr Anstieg ist spitzer geworden, während die zweite (Rückstosselevation) an Grösse aber abgenommen hat.

Die daraus für die Praxis sich ergebenden Folgerungen liegen klar auf der Hand: Hallucinationen und Wahnideen als solche, d. h. so lange sie nicht mit Affecten verbunden sind, geben normale Pulsbilder. Dagegen zeigen alle primär affectiven Psychosen und alle solche, bei denen Hallucinationen oder Wahnideen in Folge ihres Inhaltes erregende Affecte bedingen, Abweichungen von dem normalen Puls und zwar ein Aufrücken der ersten Elasticitätsschwingung. Dabei ist es völlig gleichgültig, ob der erregende Affect heiteren oder traurigen Inhaltes ist. Stimmungen — wohl verstanden — ändern die Pulscurve nicht.

Von einer Melancholie im Anfall starker Praecordialangst.



Von einer Manie.



Von einer halluc. Paranoia mit ängstlicher Erregung.

2) *Von der Wirkung pathologischer Lähmung der kleinen arteriellen Gefässe auf den Puls.* Es handelt sich hier vornehmlich um die bekanntlich bei Gefässlähmung immer mehr oder weniger stark ausgeprägte Dicrotie (Vergrösserung der Rückstosselevation, Verschwinden der Elasticitätsschwingungen), die, wie ich hier hinzufügen will nach meiner Erfahrung mit Steigerung der Gefässlähmung bis zur Monokratie wachsen kann. Am häufigsten findet sich dieser Puls bei Paralytikern; auch bei Delir. tremens und im Stat. epilepticus.

Ueber eine besondere Pulsform äussert sich Verf. wie folgt: In vielen Fällen der primären Verrücktheit, dann bei Neurasthenikern, selten auch bei anderen Psychosen findet man Curven wie die folgende:



die von einem schweren Neurastheniker stammt. Auffällig ist vor allem die weit herabreichende Descensionslinie der primären Gipfelwelle, dann die nach einer meist relativ grossen ersten Sec.-Elevation mit dieser auf ungefähr gleicher Höhe entspringende, aber mit dem Gipfel dieselbe überragende Rückstosselevation, der meist noch einige Elasticitätsschwankungen folgen. Die vasomotorischen Erscheinungen, welche diese Aenderung der Curve zu begleiten pflegen, sind vor allem lebhaftere Schweisssecretion, Salivation, öfter Tachycardie,

Injection der Conjunctiva, rascher Wechsel der Gesichtsfarbe, lebhaftes Nachröthen der an sich schon gerötheten Haut auf Nadelstiche, selbst Exophthalmus und Insufficienz der Recti interni des Auges mit Doppeltsehen; die Pupillen sind zuweilen auffallend weit. Verfasser nimmt für diese Fälle Lähmungserscheinungen des vasomotor. Centrums an, eine *centrale Gefässparese* und zwar eine *Ueberreizungslähmung*. Es handelt sich um Kranke, bei denen sexuelle Excesse und psychische Schädlichkeiten Jahre lang reizend auf das vasomotorische Centrum gewirkt haben, bis zuerst vermehrte Labilität und schliesslich eine Herabsetzung der Leistungsfähigkeit desselben eingetreten ist. Diese Curven sind nur ein Ausdruck für einen bestimmten paretischen Zustand des vasomotor. Systems, nicht für bestimmte Krankheitsformen. Die Gefässparese scheint nicht so stark wie bei der Paralyse zu sein.

3) *Von der Wirkung pathologisch gesteigerter Contraction der kleinen arteriellen Gefässe auf den Puls.* Während die geringe arterielle Gefässcontraction, welche die Affecte begleitet, im Wesentlichen in einer noch nicht aufgeklärten Weise die erste Elast. - Elevation höher hinaufrückt und den Dikrotismus nur wenig mindert, ist die wesentliche Folge einer *erheblichen* Contraction der feineren Arterien eine bedeutende Herabsetzung des Dikrotismus.

Von einer ruhigen Melancholischen.

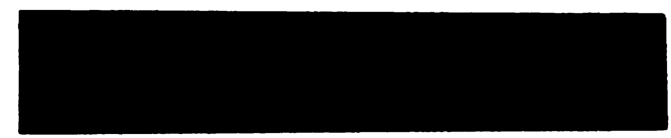
Von einer chron. Verrückten.

4) *Ueber die combinirte Wirkung pathologischer Affecte und der Lähmung der feineren arteriellen Gefässe auf die Pulsform.* Dieselbe äussert sich wesentlich dadurch, dass die erste Sek.-Elev. wieder wächst und sie hinaufrückt. Der verstärkende Einfluss der Gefässparese auf die Dikrotie überwiegt weit über den geringen verminderten Einfluss der Affecte auf die Dikrotie. Die Curve bleibt also noch dikrot. Immerhin können Bilder zu Stande kommen, welche normalen Pulsbildern ziemlich ähnlich sind. Es handelt sich also um eine theilweise Kompensation der Gefässparese durch eine Verstärkung der Gefässinnervation in Folge von Affecten. Die folgende Curve eines Paralytikers gehört hierher:

Auch senile Melancholien (ohne Arteriosclerose) gehören hierher.

5) *Von der combinirten Wirkung pathologischer Affecte und pathologisch gesteigerter Contraction der feineren arteriellen Gefässe*

auf den Puls. Eine hochgradige Dikrotie wird das vorherrschende Merkmal sein.



Diese Curve — an der Art. brachialis (!) aufgenommen — stammt von einer Kranken, welche bei hochgradigster Erregung, die weder der maniakalischen noch der melancholischen einfach sich subsumiren liess, drahtförmig zusammengezogene A. radialis, weite Pupillen und andere Symptome stärkster Sympathicusreizung darbot. Die unregelmässige Grundlinie der Curve ist eine Folge der motorischen Unruhe der Kranken. Bezeichnend ist, wie minimal trotz der grossen Wellenhöhe, trotz der energischen und schnellen Ventrikelcontraction die Rückst.-Elev. erscheint, sodass die ganze Curve eine gewisse Aehnlichkeit mit der bei Aortenklappeninsufficienz erhält.

Der vierte Abschnitt, Allgemeine Ergebnisse, zieht die Schlüsse aus der Arbeit, die ich im Wesentlichen schon im Laufe der Besprechung festgelegt habe. Folgendes muss noch einmal hervorgehoben werden: Es giebt keine für eine bestimmte Psychose charakteristische Pulscurve. Die Psychose wirkt nicht auf das Bild, sondern nur die begleitenden Affecte und die begleitenden vasomotorischen Zustände. Diese können jede Psychose begleiten, sie müssen es aber nicht, darum ist auch keine pathol. Pulsform von irgend einer Psychosenform ausgeschlossen. Auch die primär affectiven Psychosen können unter leichten Stimmungsanomalien verlaufen, die sich sphygmographisch nicht darstellen. Der Satz von O. J. B. Wolff und Schüle: „Alle Psychosen sind vasomotorisch, d. h. von vasomotor. Symptomen begleitet“ ist falsch; das Gegentheil dieses Satzes ist eher richtig. Zum Schluss fasst der Verf. das Ergebniss seiner Untersuchungen in 12 Sätzen zusammen. Das Ergebniss meines Studiums der Ziehen'schen Arbeit lautet wie folgt: 1) die Arbeit ist eine durchaus klärende und förderende, 2) die Ausstattung des Buches ist gut, die xylographische Wiedergabe der Curven scheint vorzüglich.

Erlenmeyer.

---

624) **Sander und Richter:** Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. (Berlin 1886 Gutachten Nro. 10.)

Wiederholter Betrug. Acute, geistige Erkrankung im Gefängniss. Verrücktheit.

Emil G., 33 J. alt, stammt von krampfleidender Mutter und ist, nach wiederholten Strafthaten, zuletzt am 29. 11. 81 wegen wiederholten Betruges zu fünf Jahren Gefängniss verurtheilt worden. Seine Schulbildung ist eine gute. Er ist nicht verheirathet. Vor 10—15 Jahren Kopfverletzung, 77 und 80 syphilitische Affektion, von denen nur die letztere Allgemein-Erscheinungen zur Folge gehabt haben soll. Seit längerer Zeit besteht chronisches Lungenleiden, während G. 74 zuerst

psychisch erkrankte. Die geistige Störung tritt 82 während der Strafverbüssung zuerst deutlicher auf und zwar in Gestalt von Grössenwahn-Ideen. G. wird desshalb der Charité überwiesen. Auch hier bezeichnet er sich als „Chef der schwarzen Maske" und schläft nicht viel. Am 5. 4. 83 kommt er als unheilbar in die Berliner Irrenanstalt in Dalldorf.

G. ist mittelgross, ziemlich gut genährt und regelmässig gebaut. Haut und Schleimhäute etwas blass. Am Schädel ist die Umgebung der kleinen Fontanelle leicht abgeflacht. An der Stirn rechts oben unempfindliche Haut-Narbe, unter der der Knochen etwas aufgetrieben ist. Verdichtung beider Lungenspitzen; Sprache etwas stockend, Gehör links schwächer, Sehvermögen für die Nähe und Ferne geschwächt, namentlich links, Sehfeld beider Augen nach aussen etwas beschränkt, viel Kopfschmerz. G. ist in Kleidung und Haltung geziert, spricht viel und schnell und geräth dabei in Erregtheit. Von seinen früheren Wahnideen scheint er zurückgekommen zu sein, ohne deshalb volle Krankheits-Einsicht zu haben. Andere Aeusserungen sind auf noch bestehende Wahnvorstellungen zurück zuführen, wie über seine ungerechten Verurtheilungen und die schlechte Behandlung, die ihm und seinen Mitgefangenen im Gefängnisse P. widerfahren sei. G. leidet demnach wie viele Sträflinge, an einer Art Verfolgungswahn, der auf krankhafter Wahrnehmung der realen Vorgänge beruht. Auch sonst ist Schwachsinn und urtheilslose Ueberschätzung bei G. unverkennbar.

G. ist eher Dissimulant, als Simulant und ist, seit längerer Zeit in einem abnormen Geisteszustand befindlich, unter dem Einfluss der Haft und anderer schwächender Momente in einen akuten Zustand von Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregtheit verfallen, der sich gegenwärtig zu chronischer Geistesstörung beruhigt hat.

Landsberg (Ostrowo).

---

625) Le suicide en France pendant la Période 1876—1885. (Der Selbstmord in F. 1876—1885.) (Aus la semaine medicale Mai 1887 mitgetheilt in Annales méd. psycholog. Juli 1887)

Der Selbstmord geht parallel mit der Geistesstörung, wie eine Zusammenstellung beider aus den letzten zehn Jahren zeigt. 1876 fand Selbstmord statt in 5,804 Fällen und es waren 44,000 Geisteskranke vorhanden, 1883 in 7,267 und es wurden 50,418 Geisteskranke ermittelt.

Auf 100,000 Einwohner kamen 19 Fälle von Selbstmord oder 1:5,147. Die Schwankungen der Durchschnittszahl sind für einzelne Provinzen ganz bedeutend. 79% der Selbstmörder gehören dem männlichen, 21% dem weiblichen Geschlecht an.

Das Alter von 50—60 Jahren, sowie die Ehelosigkeit liefern ein bedeutendes Contingent, desgleichen die Landbevölkerung. Auf das Frühjahr kommen 30%, auf den Sommer 26%, auf den Winter 23% und auf den Herbst 21% der Selbstmorde.

In 44% der Fälle erfolgt der Tod durch Erhängen, in 27% durch Ertränken; in 12% durch Feuerwaffen, in 8% durch Kohlenoxyd, in

je 3% durch scharfe Instrumente oder durch Sturz, in 2% durch Gift und in 1% durch andere Verfahren.

Als Folge von Hirnleiden tritt Selbstmord in 31% der Fälle auf, in 17% sind körperliche Leiden Ursache des Selbstmords, in 14% Sorgen um die Familie, in 13% Verschlechterung der Vermögensverhältnisse, in 13% Trunkenheit, in 5% unglückliche Liebe, in 4% Gram verschiedener Art und in 3% das Bestreben, sich dem Richter zu entziehen. Otto (Dalldorf).

IV. Aus den Vereinen.

I. Société médico psychologique.

Sitzung vom 27. Juni 1887. (Ann. méd. psycholog. September 1887.)

626) **Christian:** Etude sur le traitement de l'epilepsie par l'acétanilide. (Behandlung der E. mit A.) (Ann. méd. psycholog. September 1887.)

Vortrag. berichtet über seine Versuche mit Acetanilide (Antifebrin) bei Epilepsie und konstatirt die Wirkungslosigkeit desselben.

627) **Jarchy:** Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines. (Drei wöchentliche partielle Amnesie im Gefolge von Commotio cerebri.)

Eine 57jährige Dame aus psychopathischer Familie, welche selbst nur zeitweise an Migräne gelitten, wurde in Folge eines Sturzes auf den Kopf bewusstlos und kam nach zwei Tagen erst wieder zu sich, konnte zwar sprechen, zeigte aber drei Wochen lang ein Fehlen der Erinnerung, indem sie nicht den Ort und die nahestehenden Personen erkannte, die Namen der Personen und Strassen nicht mehr wusste, auch vergessen hatte, wie man isst, Messer und Gabel gebraucht. Zugleich bestanden Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Nach Verlauf von drei Wochen trat der Normalzustand wieder ein, und es bestand keine Erinnerung für die ganze Zeit nach dem Unglücksfalle. Otto (Dalldorf).

II. Académie de méd. zu Paris.

Sitzung vom 27. September 1887. (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 117.)

628) **Verneuil:** Ulcérations imaginaires de la langue. (Imaginäre Ulcerationen der Zunge.)

Wie von Velpean berichtet wird, hat derselbe Individuen beobachtet, welche an Krebs der Brustdrüsse zu leiden sich einbildeten, daselbst heftige Schmerzen empfanden, sich in Folge dessen psychischer Verstimmung preisgegeben sahen und nur schwer oder gar nicht sich von ihrem Irrthum überzeugen liessen.

Solche Fälle sind auch V. vorgekommen, jedoch mit dem Unterschiede, dass nicht die Brustdrüse, sondern die Zunge die schmerzende Stelle war.

Da die betreffenden Individuen — 4 Männer und 1 Frau — robust, 35—50 Jahre alt und frei von erblicher Belastung waren, so

liegt die Vermuthung nahe, dass es sich hier um eine Neuralgia inguinalis handelte, die wahrscheinlich in gichtischer Diathese ihren Grund hatte.

Doch soll andererseits nicht in Abrede gestellt werden, dass es oft auch eine psychische Krankheit ist, welche solche Wahnvorstellungen veranlasst und welche gewöhnlich ihren Ausgang in allgemeine Paralyse nimmt. Pauli (Köln).

Sitzung vom 25. October 1887. (Gaz. des Hôp. 1887 Nro. 129.)

629) **Boury** (Rochefort): Quelques maladies des centres nerveux de nature paludéenne. (Einige Krankheiten der Nervencentren von Malarianatur.)

Der Malariaprocess setzt in den Nervencentren nicht selten Störungen congestiver und entzündlicher Natur, die in ihrem Beginne eine spec. Behandlung in der Regel beseitigt. Wird eine solche zu spät eingeleitet oder sind jene Störungen gleich von Haus aus sehr heftig gewesen, so können sie trotz spec. Behandlung persistiren und sich unabhängig von der spec. Intoxication weiter entwickeln. Pauli (Köln).

630) **J. B. Duplaix** (Paris): Des polynevrites. (Die Polyneuritiden.) (Gaz. des Hôp. 1887. Nro. 130.)

Die multiple Entzündung der peripheren Nerven verdankt bekanntlich Constitutionsanomalien und verschiedenen, besonders fieberhaften Krankheiten ihre Entstehung, deren Modus sich fast vollständig noch unserer Kenntniss entzieht.

Können wir zwar vermuthen, dass z. B. bei Infectionskrankheiten die Mikroorganismen einen mechanischen Reiz auf die Nerventuben ausüben, so fehlt bei anderen Leiden jegliche Handhabe.

So verhält es sich mit der in Gesellschaft mit Ataxie locomotrice auftretenden multiplen peripheren Neuritis, die mit Vorliebe von den Nervenenden ihren Ausgang nimmt und auf deren Rechnung jedenfalls die circumscripten Anaesthesien der Haut, die trophischen Störungen derselben, die motorische Paralyse mit und ohne Muskelschwund, die visceralgischen Crisen und die Arthropathien kommen.

Pauli (Köln).

Druckfehlerberichtigung.

1) Seite 675 5. Zeile von unten, statt: „wenn auch *nicht* unmittelbar darauf" muss es heissen: „wenn auch unmittelbar darauf".

2) Seite 681, 2. Zeile von oben, statt: „einem KaS oftmals", muss es heissen: „*wie* einem KaS *und* oftmals".

Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern
de zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
M. bei Post und Buchhandel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie

und

gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,
dirig. Arzte der Heilanstalt für Nervenkranke daselbst.

10. Jahrg. 15. Dezember 1887. Nro. 24.

Inhalt.

I. Originalien. Zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit. Eine Mittheilung aus der Praxis von Dr. med. **Schüler** prakt. Arzt zu Cüstrin.

II. Original-Vereinsberichte. I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. **Kétli**: Fall von progressiver Muskelatrophie. **Szili**: Eine halbseitige äussere Occulomotoriuslähmung. **Donáth**: 3 Fälle von Ophthalmoplegia. **Jendrássik**: Localisation der Tabes dorsalis. II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg. **Mierszejewski**: Ueber den Einfluss der Schilddrüsenextirpation auf das Centralnervensystem bei Thieren. **Zelerizki**: Experimentelle Untersuchungen zur Frage über die Veränderungen im Rückenmark, Nerven und Wurzeln nach Durchschneidung der letzteren und über die trophische Bedeutung in den Spinalganglien.

III. Referate und Kritiken. **Ira Van Gieson**: Resumé der neueren technischen Behandlungsweisen des Nervensystems. **Goldscheider**: Eine neue Methode der Temperatursinnprüfung. **Leclerc** und **Royer**: Ueber einen Fall von rythmischen convulsivischen Krämpfen, welche an die unter der Bezeichnung Pseudochorea electrica beschriebenen Fälle erinnern. **Westphal**: Ueber einen Fall von chronischer progressiver Lähmung der Augenmuskeln (Ophtalmoplegia externa) nebst Beschreibung von Ganglienzellengruppen im Bereiche des Oculomotoriuskernes. **Ferret**: Tuberculöse Meningitis in Folge einer einfachen Erweiterung des Thränennasencanals bei einem scrophulösen Individuum. **Vigouroux**: Ueber die Behandlung und einige klinische Eigenthümlichkeiten der Basedow'schen Krankheit. **Sollier**: Hystero-epileptische Anfälle durch Suggestion in der Hypnose geheilt. Arbeiten des ersten Congresses vaterländischer Irrenärzte vom 5.—11. Januar 1887 in Moskau.

Inhaltsverzeichniss.

Mit dieser Nummer beendet das Centralblatt seinen zehnten Jahrgang.

Es wäre ein passender Augenblick zu einer kritischen Arbeit über die Fortschritte, welche die im Centralblatte vertretenen Fächer in diesem Zeitraume gemacht haben. Ich muss sie einer berufeneren Feder überlassen. Meine Zeit reicht dazu nicht aus.

Ich darf und will aber heute nicht übersehen, Allen denen aus vollstem Herzen zu danken, die mir geholfen haben, die 10 stattlichen Bände des Centralblattes zu schaffen. Ausserordentlich gross ist die in dem abgelaufenen Jahrzehnt schriftlich niedergelegte Geistesarbeit und nur unter Aufbietung aller Kräfte ist es gelungen, dieser Arbeit in den 10 Bänden des Centralblattes ein treues Abbild zu errichten. Wer literarisch viel arbeitet, wer gar redigirt, der weiss die Mühe zu schätzen, die zur Anfertigung dieses Bildes nöthig ist. 71 Referenten haben weit über 5000 wissenschaftliche Arbeiten in den 10 Jahrgängen des Centralblattes einer Besprechung unterworfen. Dieser ausserordentlichen Leistung bringe ich meinen herzlichsten Dank entgegen. Hinzufügen muss ich, dass gerade die treue Unterstützung eines erprobten Häufleins von mitarbeitenden Freunden mir den Muth zur Fortführung des Unternehmens immer wieder neu belebt hat. Allen, die jemals eine Feder für das Centralblatt in Bewegung gesetzt haben, spreche ich meinen aufrichtigsten und wärmsten Dank aus.

Wiederholt habe ich hervorgehoben, dass das anzustrebende Ziel in einer möglichst vollkommenen Wiedergabe der gesammten einschlägigen Jahresliteratur bestehen müsse und ich betone wiederum, dass ich denjenigen Jahrgang des Centralblattes für den besten halten werde, der über alle in jenem Jahre erschienenen Arbeiten berichtet. Eine Arbeit um desswillen von der Berichterstattung auszuschliessen, weil sie etwa der Redaction oder dem Referenten als minderwerthig erscheint, betrachte ich als Zeichen blinder Vermessenheit. Wer will sagen, ob diese Arbeit unter anderen Verhältnissen unserer Wissenschaft nicht eine heute ungeahnte Bedeutung gewinnen kann. Die Geschichte ist an solchen Beispielen nicht arm. Daraus folgt aber keineswegs, dass jede Kritik unterbleiben soll.

Auf diesem Wege, dessen Bahn ich schon so oft gezeichnet habe, und den ich unter dem Beifall meiner Freunde und Collegen für den rechten halte, werde ich weiter wandern in das zweite Jahrzehnt des Centralblattes. Dazu erbitte ich mir die treue Unterstützung und dauernde Mithülfe der bisherigen Freunde und bitte die alten

Freunde, weiterhin neue zu werben. Nur in fester und dauernder Vereinigung vermögen wir das uns selbst gesteckte Ziel zu erreichen. Quod Deus bene vertat!

Erlenmeyer.



I. Originalien.

Zur Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit.

Eine Mittheilung aus der Praxis

von Dr. med. SCHUELER, prakt. Arzt zu Cüstrin.

Sehr häufig wird über die Frage gestritten, ob bei der Begutachtung des Geisteszustandes, beziehungsweise bei der Erklärung der Unzurechnungsfähigkeit das Gutachten des Arztes oder das des Richters massgebend sein soll. Der Richter schreibt auf Grund seiner Menschenkenntniss, seiner Bildung und seiner allgemeinen Lebenserfahrung sich mindestens ebenso viel Berechtigung zu, die Zurechnungsfähigkeit eines Menschen beurtheilen zu können, wie dem Arzte. Und auf der anderen Seite hält der Arzt in Folge seiner Fachstudien und seiner Berufserfahrung sein Gutachten bei den in Frage stehenden Fällen für überlegener. Letzteres ist zweifellos richtig, denn die Begutachtung eines Geisteszustandes ist eine fachmännische Leistung, zu welcher nur Aerzte, nie Juristen berufen sind. In der Praxis stellt sich die Sache aber sehr oft anders dar, und wer oft in der Lage war, vor Gericht Gutachten abgeben zu müssen, wird die Zusammenstösse kennen gelernt haben, die aus dem Bestreben des Richters sich entwickeln, sein Gutachten demjenigen des Arztes mindestens gleichzustellen.

Der in den folgenden Zeilen mitgetheilte Fall ist in dieser Hinsicht ausserordentlich lehrreich, weil er zu der Entscheidung eines Obergerichts geführt hat, die in der beregten Frage von principieller Bedeutung ist und verdient den weitesten Kreisen bekannt zu werden.

Im Januar und Februar 1884 behandelte ich die Frau und das einzige Kind des Arbeiters M. am Typhus abdom. Beide starben nach langwieriger Krankheit Die Pflege hatte der M. in aufopfernder Weise besorgt; theils in Folge dieser erschöpfenden Pflege, besonders der zahlreichen Nachtwachen, theils in Folge des Grames und der bedeutenden Aufregungen erkrankte der M. an Melancholie und kam ebenfalls in meine Behandlung. Er besuchte allabendlich die Gräber der Frau und des Kindes, er blieb dort oft die Nächte hindurch liegen und wurde häufig von seinen Angehörigen gewaltsam vom Kirchhofe entfernt. Dabei fing der sonst nüchterne Mann an, um sich zu beruhigen, Schnaps zu trinken Es traten bald Sinnestäuschungen hinzu, indem der Kranke Tag und Nacht, namentlich am Grabe, die Stimme seiner Frau zu hören glaubte, die ihm zurief: „sie sehne sich nach ihm, er solle zu ihr in den Himmel kommen“. So entstand die Neigung zum Selbst-

morde. Bereits Ende März wurde der schnell vereitelte Versuch gemacht, mit einem Rasirmesser die Kehle zu durchschneiden. Einem Transport in eine Anstalt stellten sich so grosse Schwierigkeiten entgegen, dass davon Abstand genommen werden musste. Ich ordnete deswegen eine Ueberführung des Kranken aus der bisherigen Wohnung in das Haus seiner Eltern an, wo er eine gute, liebevolle Aufwartung fand und wo er unter beständiger Aufsicht stand. Trotzdem blieben die Sinnestäuschungen und Neigung zum Selbstmord bestehen. In der Nacht vom 24. zum 25. Mai gab er auf dem Rückwege vom Friedhofe mit einem Revolver 3 Schüsse auf die Brust ab und wurde bewusstlos und blutend in der Nähe der Wohnung der Eltern gefunden. Ich war bald hinterher zur Stelle. Der Kranke war zum Bewusstsein gekommen, die Blutung hatte aufgehört, nur spie er beständig Blut; er hatte furchtbare Schmerzen, erzählte mir, dass er zu seiner Frau wollte und fragte mich, ob er sterben würde, dies sei sein sehnlichster Wunsch. Ich fand, dass eine Kugel vom Brustbein abgeprallt war, eine zweite hatte die Lunge durchbohrt und war unter dem linken Schulterblatt zu fühlen, die dritte war nicht zu entdecken. Ich gab dem Kranken 5 grm. Chloralhydrat mit 0,03 Morphium, es stellte sich Ruhe und leichter Schlaf ein, worauf ich nach Hause fuhr und versprach, um 10 Uhr wiederzukommen, um in der Chloroform-Narcose die eine Kugel zu extrahiren. Als ich zu diesem Zwecke um 10 Uhr wieder an Ort und Stelle war, verliess den Kranken gerade ein Richter, der, von dem Schwiegervater herbeigerufen, auf den dringenden Wunsch des Kranken einen Kaufvertrag abgeschlossen hatte. Der Kranke hatte nämlich bei seiner Verheirathung von seinem Schwiegervater ein halbes Grundstück als Mitgift bekommen, welches er in diesem Kaufvertrage seinem Schwiegervater wieder zuschrieb. Ich machte den Richter auf die geistige Gestörtheit des Kranken aufmerksam. Der Richter behauptete aber, denselben im Gegentheil geistig vollkommen gesund gefunden zu haben. Ehe ich narcotisirte, erzählte mir der Kranke, er hätte nach meinem Weggehen die Stimme seiner Frau gehört, die ihn aufgefordert habe, ihrem Vater das Grundstück zurückzugeben, damit er — der Mann — im Himmel rein vor ihr dastehe; da er nun bald sterben müsse, habe er seiner Frau gewillfahrt und das Gericht kommen lassen; dem Richter habe er aber wohlweislich von diesen Stimmen seiner Frau nichts mitgetheilt, der hätte ihm das doch nicht geglaubt, während ein Arzt wohl wüsste, dass dies möglich sei. Ich extrahirte dann in der Narcose die Kugel.

Wider alles Erwarten starb der Kranke nicht, die Lungenblutung hörte auf, um nie wiederzukehren, und nach 8 Tagen ging der Kranke wieder aus. 4 Wochen später machte er einen Ertränkungsversuch, wurde aber rechtzeitig noch bei Besinnung aus dem Wasser gezogen. Danach entwickelte sich die Reconvalescenz, die langsam in vollkommene Heilung der Geistesstörung überging.

Der M. war nun durch den Verlust des halben Grundstückes, das er in jenem Kaufvertrag seinem Schwiegervater zugeschrieben

hatte, ganz verarmt. Gütliche Versuche, das Grundstück wieder zu erlangen, schlugen fehl, und so sah er sich genöthigt, gegen seinen Schwiegervater einen Process anzustrengen, indem er auf Grund seiner damaligen Geistesgestörtheit verlangte, dass der Kaufvertrag für ungültig erklärt und er wieder in den Besitz des Grundstückes gesetzt würde. In diesem Processe wurden der betreffende Richter und ich als Sachverständige vernommen. Der Richter erklärte Folgendes:

Nach seiner Ueberzeugung sei der Kläger bei der Aufnahme des Vertrages in durchaus zurechnungsfähigem Zustande gewesen; als er vom Beklagten herbeigeholt worden sei, habe er den Kläger zuerst in nicht vernehmungsfähigem Zustande, anscheinend in der Chloral-Narcose liegend angetroffen. Nach einiger Zeit sei er indessen zu sich gekommen und vollständig erwacht, habe ihn erkannt, mit richtigem Namen und Titel angesprochen und sich bei der dann folgenden geschäftlichen Besprechung in sachgemässer klarer Weise betheiligt und ein vollständiges Verständniss der Verhältnisse gezeigt. Da der Kläger geglaubt habe, dass er in Folge der Verwundung sterben werde, sei es die Absicht der Betheiligten gewesen, betreffs des oben gedachten Grundstückes Alles wieder in den status quo ante zu bringen; demgemäss sei der Vertrag dahin aufgenommen, dass der Kläger seinen Antheil an dem Grundstücke an den Beklagten zurückverkaufte und aufliess und demselben gleichzeitig auch seinen Antheil an dem Nachlasse seiner Ehefrau, soweit es das Grundstück betraf, mit verkaufte; es sei dabei auch zur Sprache gekommen, dass der Vertrag sich nicht auf die bewegliche Habe des Klägers erstrecke, diese vielmehr auf seine Eltern und Geschwister vererbt werden würde und Alles dies sei vom Kläger, der dann auch den Vertrag, sich halb im Bette aufrichtend, mit kräftigen Zügen unterschrieben habe, mit vollem Verständniss behandelt worden. —

Grade entgegengesetzt äusserte ich mich. Nach der oben gegebenen Geschichtserzählung kam ich zu dem Schluss, dass der Geisteszustand des Klägers sowohl bei dem 1. wie bei dem 2. Besuch am 25. Mai vollkommene Verwirrung gezeigt habe; der Kläger sei damals unzurechnungsfähig und des Gebrauchs seiner Vernunft gänzlich beraubt gewesen. Allerdings erscheine es möglich und erklärlich, dass er auf einen Nichtmidiciner den Eindruck eines vollkommen klaren und vernünftigen Menschen habe machen können, thatsächlich habe er aber während der ganzen Vertragsaufnahme lediglich unter dem Eindrucke seiner Wahn-Ideen und Hallucinationen gehandelt. Ich fügte hinzu, dass die Chloral- und Morphium-Gabe keinen nachtheiligen Einfluss auf den Gemüthszustand gehabt hätten, dass sie vielmehr bei der Alcohol-Leidenschaft des Klägers im Stande gewesen seien, ihn klarer erscheinen zu lassen.

Das Landgericht zu Landsberg a./W. entschied nach meinem Gutachten und erklärte nach §§ 23, 24. A. L. R. I. 4 und § 27. I. 1. den geschlossenen Vertrag für rechtsungültig und legte die gesammten Kosten des Rechtsstreits dem Beklagten nach § 87. C. P. O. zur Last.

Die Gründe des Urtheils sind in hohem Grade interessant und lasse ich dieselben daher hier wortgetreu folgen:

„Bei dieser Differenz der Meinungen, heisst es in dem Urtheil, hat das Gericht im vorliegenden Falle der Meinung des Arztes vor derjenigen des Richters den Vorzug geben zu sollen geglaubt. *Der instrumentirende Richter steht bei der Beurtheilung des Geisteszustandes eines Menschen nicht anders, wie ein anderer gebildeter Laie da, er ist nicht Sachverständiger, er bezeugt, wie Koch in seinem Kommentar, Anmerkuny 36 zu §. 24. A. L. R. I, 4 treffend sagt, seine Meinung über eine Sache, die er, nach der Gesetzgebung eigentlich nicht gründlich versteht.* Der Arzt dagegen ist in der Erkenntniss kranker Geisteszustände technisch geübt und vorgebildet, er ist für eine Streitfrage, wie die vorliegende, Sachverständiger, und schon deshalb wird im Differenzfall seine Meinung in der Regel einen höheren Grad von Glaubwürdigkeit beanspruchen dürfen. Dazu kommt, dass im vorliegenden Falle der Arzt nicht lediglich auf Grund fremder Mittheilungen, sondern wesentlich auf Grund eigener Beobachtung und Behandlung sein Urtheil abzugeben in der Lage gewesen ist und dass die Begründung seines Urtheils sachlich treffend erscheint und überzeugender ist, als die Meinung des Richters, der sich anscheinend mehr durch den äusseren Schein mit hat bestimmen lassen und von der psychischen Erkrankung des Klägers jedenfalls nichts gewusst oder gemerkt hat. — Es waltet kein irgend begründetes Bedenken ob, dem Arzt zu folgen, wenn er begutachtet, dass der Kläger schon längere Zeit *vor* dem Selbstmordversuche vom 25. Mai hochgradig an Melancholie *erkrankt*, also geistig gestört gewesen ist und dass er in demselben Zustande geistiger Störung sich auch *bei* dem Selbstmordversuche befunden hat, und es erscheint hiernach zweifellos die Annahme gerechtfertigt, dass diese schwere psychische Erkrankung nicht wenige Stunden darauf ohne Weiteres beseitigt gewesen ist, vielmehr ist es durchaus glaublich, dass sie erst nach längerer Zeit und eingehender ärztlicher Behandlung geheilt worden ist. — Dabei hat der Sachverständige ausdrücklich bekundet, dass er sowohl bei seinem 1. Besuche um halb 3 Uhr Morgens *vor* der Vertragsaufnahme, wie bei seinem 2. Besuche um 10 Uhr Vormittags *nach* der Vertragsaufnahme den Kläger in gleicher Weise mit den durch Sinnestäuschungen hervorgerufenen, krankhaften und verworrenen Ideen behaftet gefunden hat und es ist bei dieser Sachlage als erwiesen anzunehmen, dass dieser Zustand geistiger Störung auch in der Zwischenzeit, d. i. *während* der Vertragsaufnahme ununterbrochen in gleicher Weise angedauert hat. — Dieser Annahme steht auch der Umstand, dass der Kläger auf dem Gebiete, auf das er durch seine krankhaften Ideen gebracht wurde (nämlich den Rückverkauf des Grundstücks, um vor seiner Frau rein dazustehen) im Einzelnen logisch richtig und sachgemäss handelte, nicht entgegen. Entscheidend ist vielmehr, dass er zu dieser ganzen Handlungsweise überhaupt lediglich unter dem Drucke seiner psychischen Belastung, beherrscht von seinen krankhaften Ideen, gelangte. — Im Anschluss an

das Gutachten des Arztes hat deshalb das Gericht für erwiesen erachtet, dass der Kläger zur Zeit der Vertragsaufnahme des Gebrauchs seiner Vernunft gänzlich beraubt gewesen ist."

II. Original-Vereinsberichte.

I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 12. November 1887.

631) **Kétli** (Budapest): stellt einen *Fall von progressiver Muskelatrophie* vor. Das 23 jährige, von vollständig gesunden Eltern stammende Mädchen war bis vor $2^1/_2$ Jahren immer gesund. Zur bezeichneten Zeit bemerkte sie zuerst, dass sie beim Kämmen ihren rechten Arm nicht in die genügende Höhe heben könne. Der Arm wurde immer schwächer und nach einigen Wochen erstreckte sich diese Schwäche auch auf den linken Arm, so dass sie ihre Arme nur mehr bis zur Höhe ihrer Schulter heben konnte und nebstbei bemerkte sie, dass ihre Schulterblätter bei jeder Bewegung flügelartig von einander wegstehen und sich nach aussen drehen. Die Schwäche nahm immer mehr und mehr zu, erstreckte sich bald auch auf die breiten Rückenmuskeln und auf die unteren Extremitäten, so dass sie ihren Dienst aufgeben und das Spital aufsuchen musste. Hier fiel schon auf den ersten Blick der schwerfällige Gang und die ungeschickte Beweglichkeit der Arme auf. Da die die Schulter fixirenden Muskeln gelähmt sind, können die Arme nur bis zur Schulterhöhe gehoben werden und stehen die Schulterblätter wie zwei Flügel voneinander weg; fixirt man aber ihre Schulter mit den Händen, so kann sie den Arm ganz aufheben. Die am meisten ergriffenen Muskeln sind die Mm. scapularis, pectoralis major, serratus ant. major, lumbalis, die Schenkelmuskeln und die vom N. peroneus versehenen Muskeln. Die Abmagerung ist symmetrisch und erreichte in $2^1/_2$ Jahren ihren heutigen Grad ohne Sensibilitätsstörung und ohne Ernährungsstörung der Haut. Die galvanische und faradische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist erheblich geschwächt. Entartungsreaction ist keine vorhanden. Das Krankheitsbild gehört nicht in jenes der schablonmässigen progressiven Muskelatrophie. Bei dieser letzteren erkranken zuerst die kleinen Handmuskeln während die grossen Muskeln erst viel später in Mitleidenschaft gezogen werden. Vortr. hält seinen Fall für Erb'sche „juvenile" Muskelatrophie, deren Prognose günstiger ist und bei der keine EAR vorhanden ist.

632) **Szili** (Budapest) berichtet über *eine halbseitige äussere Oculomotoriuslähmung,* die er bei einem 12 jährigen Mädchen beobachtete. Bei dem Mädchen, bei dem das Leiden schon in den ersten Lebensjahren ohne auffallende Erscheinungen sich entwickelte, waren die linksseitigen *äusseren* Augenmuskeln vollständig gelähmt, während die *inneren* ganz intact waren. Hierauf stellt er einen 19 jährigen stud. juris vor, bei dem eine seit Kindheit bestehende *Ophthalmoplegia externa* vorhanden ist. Pupillenreaction und Accomodation normal.

Mässige Ptosis. Bei geradem Sehen fixiren beide Augen zugleich, nur kann bei dieser binoculären Fixation, der Gegenstand nicht näher, wie auf 20 Ctm. gebracht werden. Jedes Auge verfügt über eine Excursionsbreite von nur 3 Mm. in der horizontalen und 5 Mm. in der sagittalen Richtung; da jedoch jedes Auge in der Richtung des M. externus grössere Excursionen machen kann als in der Richtung des M. internus, so sind die Seitenbewegungen nur innerhalb einer sehr geringen Breite associirt. Trotzdem ist das binoculäre Sehen ausgezeichnet und kann durch stereoscopische Versuche auf's Glänzendste bewiesen werden. Dieses Factum macht es dem Vortr. wahrscheinlich, dass das Leiden kein acquirirtes, sondern ein angeborenes ist und wahrscheinlich die Folge einer mangelhaften Entwickelung der betreffenden Nervenkerne ist.

633) Im Anschluss dieses Vortrages berichtet **Donáth** (Budapest) über 3 selbstbeobachtete Fälle: Im *ersten* handelte es sich um eine *Ophthalmoplegia interna* d. h. um eine Pupillen- und Accomodationslähmung bei einem 36jährigen Manne. Als der Kranke in seine Behandlung kam, war die linke Pupille ad maximum erweitert unbeweglich, Accomodation aufgehoben. Das Auge wurde faradisirt, worauf die Kopfschmerzen aufhörten; als der Kranke in der sechsten Woche Jodkalium bekam, besserte sich der Zustand des Auges zusehends. In derselben Reihenfolge jedoch, in der sich die Erscheinungen am linken Auge besserten, traten sie am rechten auf. Schliesslich erzielte Vortr. vollständige Genesung. Die Ursache des Leidens konnte nicht eruirt werden. Der zweite Fall war eine *Ophthalmoplegia perfecta (extern et intern) bilateralis,* welche wahrscheinlich in Folge einer Blutung in der dritten Gehirnkammer auftrat. Bei einer älteren Frau, die vor gewisser Zeit nach einer heftigen Gemüthsaufregung die Besinnung verlor und angeblich an den unteren Extremitäten gelähmt gewesen sein soll, fand D. den m. externus ausgenommen, sämmtliche äusseren und inneren Augenmuskeln gelähmt. Das plötzliche Auftreten der Lähmung auf beiden Augen beweist den centralen (nuclearen) Ursprung des Leidens. Mercur, Jod, Electricität wurden ohne Erfolg angewendet.

Im *dritten* Falle handelte es sich um linksseitige vollständige Oculomotoriuslähmung complicirt mit der Lähmung des N. supraorbitalis. Als Ursache des Leidens nahm er Periostitis syphilitica an und nach Anwendung einer antiluetischen Behandlung, genass die Kranke in einigen Monaten vollständig.

634) Hierauf hält **Jendrássik** (Budapest) einen Vortrag über die *Localisation der Tabes dorsalis.*

Vortrag. betont jene Schwierigkeiten, die sich gegen die Erklärung der tabischen Erscheinungen aus den Veränderungen des Rückenmarks erheben und sucht die das Krankheitsbild verursachenden Veränderungen, auf Grund der aus den Symptomen gezogenen Folgerungen, in der Gehirnrinde. Bei zwei an Tabes verstorbenen Individuen fand er auch in der Gehirnrinde an gewissen Stellen Veränderungen, die denen bei der Dementia paralytica vorkommenden, histologisch ganz glichen und hält es auf Grund seiner Untersuchungen für sehr wahr-

Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

Abraham 31.
d'Abundo 157.
Achard 215.
Acusticusbahn (intracerebr. Verlauf) 716.
Adamkiewicz 465.
Adsersen 406.
Affectausbrüche (bei Ponsaffectionen) 521.
Albuminurie (Tod — Gehirnoedem) 240.
Alkohol-Neuritis 11, 722.
„ Paralysis 127.
Alcoholismus chronicus 246. — Sehnervenveränderung bei — 400.
Alderson 376.
Alexander 520.
Algeri 348.
Althaus 119, 127, 257, 373.
Ammonium valerianicum (Physiolog. Wirkung) 339.
Amnesie (dreiwöchentliche nach Commotio cerebri) 735.
Anaemia cerebralis 147.
Anderson 269, 307.
Anfimoff 108.
Angina pectoris 273.
Anosmia syphilitica 407, 469.
Antifebrin 159, 242, 472 (Antiepilepticum).
Antipyrin 150.
„ schmerzlindernd 375.
„ bei Tabes 436.
Antipyrin, Nervinum 606.
„ Behandlung der Kopfschmerzen mit 672.
Aphasie 218, 238, 303, 416.
„ (Clasification d. Formen) 331.
„ (Lokalisation derselben) 332.
„ (epileptische) 607.
Apoplexie, hysterische 47, 215.
Aprosexia 620.
Arachnoidea (Osteophyten) 651.
Arnaud 659.
Arndt 340, 630, 645.
Arthritis deformans 23 (Arsenik).
Asthma, nervöses künstliches 109.
Ataxie hereditär 268, 434.
„ bei Diabetes u. ulcus pedis 657.
„ bei einem Syphilitischen 659.
Athetosis bilateralis 385, 406.
Athmung, abnorme Formen 41.
Atrophie d. r. Zungenhälfte 246, 459.
Audry 110.
Auerbach 644.
Augenmuskellähmung, nicht nucleare 15.

Babinski 46.
Ball 91, 92, 436, 634, 702.
Barling 160.
Barr 404.
Bartel 726.

Basedow'sche Krankheit, Wesen derselben 225; Symptome derselb. 371; Verhalten der galvan. Leistungswiderstandes 513; Verminderung des electr. Widerstandes bei 705; Behandlung 750.
Bastian 89.
Batemann 250, 607.
Battey 382.
Beall 22.
Baur 370.
Beaumetz 159, 219.
Bebbez 603.
Bechterew 651.
Beckler 30.
Beemer 44.
Benedikt 560, 624.
Bennet 153, 301.
Berbez 24, 532.
Bergonzolli 349.
Bernays 128.
Bernhardt 336, 712.
Bernhardt M. 7, 193, 417, 673, 721.
Bettelheim 472.
Bezold 337.
Berufsbeschäftigungen 270.
Bessière 686.
Bewegungsstörung (myotonische) 496.
Bigellow 436.
Binswanger 585.
Birdsall 368.
Birt 565.
Bleilähmung 7, 171.
Bleivergiftung (mit psych. Störungen) 277; chron. 374.
Blepharoptose (cerebrale) 652.
Bleyer 150.
Blutsverwandte (Heirath u. Geisteskrankheit) 312.
Böhni 307.
Boldt 94, 95.
Bonfigli 592.
Bonnet 156.
Bourneville 91, 152, 601, 631, 664.
Borgherini 366.
Boury 736.
Brayton Ball 141.
Bristowe 300.
Bromaethyl 177.
Brouardel 221, 272, 278, 374, 444, 667.
Brown 23, 427.
Bruzelius 628.
Buffet 75.
Bulbärparalyse chron. progressive 202.
„ Herzataxie bei 211.
„ acute 522, 555.
Bull E. 663.
Bunzlau (Provinzialirrenanst. 1886.) 700.
Burton 651.
Bury 268.
Buttersack 18.
Buzzard 88, 122.

Cannabis indica 30, 149.
Capron 554.
Castration bei Frauen 29, 30 (siehe Oophorectomie).
Catsaras 683.
Centralnervensystem bei acuten Krankheiten 33, bei Lackiren der Haut 108.
Centralwindung, Atrophie nach Amputation 40.
Cerebrale Störungen nach Typhoid 494.
Chapin 335.
Charcot 41, 145, 210, 433, 555, 626.
Chauffard 470.
Chaumier 440.
Cheesman 45.
Chisolm 554.
Chorea 49 (Arsenik) irritatorische 490.
„ minor (Antipyrin) 148, 243.
„ und Psychose 278.
„ mit Physostigmin behandelt 473.
„ Aetiologie 683.
Cionini 296.
Claustrophobie 382.
Cobbold 57, 313.
Cocain 49, 149, 306, 312; gegen Gesichtsneuralgie 436; Vergiftung 518; hydrobromat. 123.
Codeluppi 331.
Coert 312.
Collins 176.
Coma 656.
Combemale 533.
Contractur, hysterische 24.
Convulsionen 217, 231.
Corning 147, 339.
Corpus striatum 294.
„ callosum 590.
Da Costa 44.
Csapodi 326.
Curschmann 42.
Curtis 304.
Cyclopie 398.
Cystospasmus idiopathicus 469.

Daffield 44.
Dana 663.
Danilewski 109.
Davy R. 210.

Dawidow 154.
Debove 47.
Degeneration bei Epileptischen u. Idioten 151.
" secundäre nach Exstirpation motor. Rindenregionen 170.
Delirium nach Duboisin u. Atropingebrauch 176.
" multiple 724.
" potatorum abortivum 475, 507, (Statist. in der Charité 1874—86) 569.
" epilepticum 686.
Delmis 123.
Dees 265.
Depressionszustände 254.
Deventer 251.
Devereux 374.
Devis 79.
Dietz 92.
Dilthey 219.
Dipsomanie 124.
Dohm 340.
Donáth 744.
Doutrebente 441.
Down 155.
Dörschlag 725.
Donnet 474.
Dreyer 501.
Drummond 269, 371.
Dubois 222.
Dudley W. 208.
Duplaix 736.
Duponchel 275.
Dyslexie 247.

Eberstaller 125.
Eczem (Folgeerscheinung u. Störungen d. Nervensystems) 466.
Eclamptische Uraemie 470.
Edgren 627.
Eisenlohr 12.
Electrodiagnostik 528.
Electrische Bäder 375, 472.
" Soolbad (Verhalten d. Pulses, Temperatur in) 723.
Electrotherapie 243, 305.
Eloy 47.
Encephalia (traumatica) 331.
Engelskjön 1, 289.
Entartungsreaction 193. -- Varietäten derselben 597.
Entlassung aus der Anstal 616.
Epilepsie, Gesichtsverlusst nach dem Anfall 19.
" Trepanation 54.
Epilepsie, Temperatur bei — 91, 152.
" Heilung nach chirurg. Operation 153.
" Betheiligung der Hirnrinde bei — 177.
" Geistesstörung bei — 182.
" Trepanirung wegen — Tod — 210.
" Aequivalente 251.
" Lebensdauer, der Epileptiker 276.
" sensorische 307.
" Theilnahme der Hirnrinde am Zustandekommen derselben 308.
" locale 327.
" Schädelpercussion bei Epileptikern u. Gesunden 349.
" Coupirung derselben 374.
" Werth der electrischen Behandlung 384.
" Unterbindung d. Vertebralis gegen 407.
" und Irrsinn 564.
" Temperatur im Status epilepticus 631.
" Beiträge zur Nosologie der 684.
Erblindung nach Fractur d. Schädelbasis 554.
Ergotismus (Folgen für d. Centralnervensystem) 429.
Erinnerungsfälschungen 441.
Erlenmeyer A. 687.
Erotomanie 444.
Erythropsie 408.
Eulenburg, 173, 272, 375, 513, 622, 681.
Exner 63.
Exophthalmus nach fractura basis cranii 407.

Facialis (Kernursprung desselben) 709.
Fairbank 267.
Faye 302.
Feré 159, 563.
Féréol 62.
Ferrand 218, 303.
Ferrier 29, 135.
Ferret 750.
Fiedler 491, 499.
Fischer, Georg 120, 186, 472.
Flesch Max 648.
Fletscher 156.
Flindt 253.
Florand 428.
Fonteuille 175.

Folet 383.
Forel 169, 537, 566.
Fox 90.
Frauenkrankheiten (psychische Einflüsse) 436.
Frey 210.
Friedländer 33.
Friedrich 9, 220.
Friedreich'sche Krankheit 433.
Frigerio 331.
Fritsch J. 667.
Fuss, tabischer 79.

Gälippe 658.
Galvanisation d. Sympathicus 289.
Galvanischer Schwindel 716.
Ganglienzellen im Niveau d. Oculomotoriuskernes 200.
Ganglion Gasserid, Gliom 76.
Gangrän, symmetrische 79.
Garnier 448.
Gaumensegelparese 22.
Gefässnerven 233.
Gehirn, Chirurgie 25, 50,
„ Tumoren 38; 14 Fälle von 367.
„ Embolie 44.
„ Localisation 63, 75.
„ Gefässe (Schwankung der Entwickelung) 714.
„ Functionen 135.
„ Abscess (mit Otitis) 170, 404.
„ Rinde, (Beziehungen zu den Hintersträngen) 207.
„ Anaemie 219.
„ Blutvertheilung 236.
„ der Taubstummen 276.
„ Recessus d. IV. Ventrikels 297.
„ Syphilis 304, 396. Casuistik 470.
„ Circulation 319.
„ mit Balkenmangel 325, 713.
„ Schusswunde (Heilung) 326.
„ Labyrinthnecrose 337.
„ (Funktionsveränderung) durch psychisch. Einfluss) 363.
„ Wärmecentrum dess. 364.
„ Localisation als Grundlage der Sprachbegabung 364.
„ Thrombose einer Arterie des segm. cruris cerebri 368.
„ einblasiges 398.
„ Nervenherde 400.
„ Rinde (Leitungsbahnen zwisch. ders. u. d. tiefern Centren 401.
„ d. Microcephalen 402.
„ Localisation 403.
Gehirn, Basis (Tuberc. Geschwulst) 428.
„ Hemisphären (Gewicht beider) 437.
„ Stamm, (Morphologie) 488, 545, 609.
„ (2 von Feuerländern) 519.
„ Schenkel-Erweichung 520.
„ Grosshirn (Drehung) 551.
„ Entwicklung d. frontalen 593.
„ Atrophie (Fall von) 600.
„ Eitriger Infarct desselben und der Niere 600.
„ Hämorrhagie d. Pons 601.
„ Tuberculose d. Pons 601.
„ Rinde der Menschen u. einiger Säugethiere 649.
„ Sarcom 657.
„ Congestionen nach Mendel's Methode 704.
„ Olivendegeneration 714.
Gehörshallucinationen 186.
Geisteskranke (Ueber Pflegen u. Hüten der) 158; Riechfähigkeit 346. Vererbung 348.
„ (Ovariotomie bei) 277; Urinologie der 565.
Geisteskrankheiten (Symptomatologie) 310; Behandlung d. durch hypnotische Suggestion 703.
„ (Untersuchung des Blutes bei) 345; Bewegung ders. in Paris 445.
„ niedere Temperaturen bei 505; Magenverdauung bei 534; Sphygmographische Untersuchungen an) 728.
Geistesstörung, erbliche 55.
„ inducirte 56.
„ nach Bleivergiftung 57.
„ acute Krankheiten 57.
„ der Kinder 155.
„ Heilung durch Entfernung eingedr. Schädelknochen 156.
„ (Verbrechen) 188, 670, 733.
„ (Eintheilung ders.) 192.
„ hysterische in Irrenanstalten? 276.
„ fragliche 314.
„ (behauptete Zunahme derselben) 377.
„ (Ursache d. Entwicklung derselben) 377.
„ (Herrschermacht u. Geisteskrankheit) 536.

Gemüthsbewegungen, Ueber 252.
Geschlechtssinn (Verirrungen) 278.
„ Abhängigkeit d. Kinder v. d. Lebensalter der Eltern) 489.
Gesichtslähmung, refrigeratorische 1.
Gibney 140, 146.
Gieson 745.
Gingeot 382.
Giovanni 345.
Girode 600.
Goldscheider 49, 718, 747.
Graf 56.
Gray 140.
Greenfield 170.
Greisenalter, Krankheiten 684.
Greppin 444.
Griffit 428.
Grosshirnhemisphären (Gewicht bei Geisteskranken) 157.
Gudden (Nekrolog) 252.
Gulsdon 310.
Guye 620.

Hab 222.
Habereren 326.
Hadden 40, 127.
Hämorrhagie (subdural) 301.
Hallager 19, 407.
Hallucinationen 345; Pseudohallucinationen 608.
Halsey 125.
Hamilton 401.
Hansch 76.
Harris 38.
Hattenhoff 512.
Hautgangrän multiple, neurotische 20.
Hedinger 213.
Heiberg 664.
Heidenreich 29, 306.
Helbing 123.
Helweg 233.
Hemeralopie (epidemische) 554.
Hemianopie 317, 326, 715.
„ superior 319.
Hemichorea 382.
Herpes zoster 145.
Herz, paralyt. Ataxie dess. 61.
„ neurosen 95.
Heterotopie des Gehirns 73.
Hewetson 246.
Hill 551.
Hillier 436.
Hinde 145.
Hinze 133.
Hintze 21.
Hirnventrikel, sechster 136.
„ anatomie (Betrachtungen und Ergebnisse) 169.
Hirschsprung 501.
Hirt 464.
Hochwart 468.
v. Hösslin 496.
Hoffmann Aug. 464.
Holländer 49.
Holm 407.
Holmes 94.
Holst 501.
Homén 242, 494, 605.
Hopmann 77.
Hoppe 608.
Horsley 25, 50, 207.
Huchard 273.
Humptog 684.
Hydrastin 30.
Hyoscin 273.
Hyperplasie des Gehirns 73.
„ der planta 302.
Hypnon 321, 533, 435.
Hypnotismus 338, 537, 566, 585, 681.
„ Gefahren desselben bei Hysterie 704.
„ Affecte bei 720.
Hyslop 221.
Hysterie, beim Manne 23, 306, 502.
„ hyster. Lähmung 563.
„ des Hüftgelenks 499.
„ Contractur 24.
Hysterie und Magnetismus 46.
„ Apoplexie 47.
„ Hemiplegie bei 168.
„ (Einfluss statischer Electricität auf) 175, 274.
„ (in der Armee) 275; im Kindesalter 607.
„ Symptome bei 361.
„ Epilepsie 374.
„ traumatische 532.
„ hyster. Amplyopie 704.
Hysteroepilepsie (der Knaben) 161, 307.
„ (Hypnose bei) 359.
„ Anfälle 565.
„ (Fall von forensischer) 723.
„ durch Suggestion geheilt 751.

Jaccoud 430.
Jackson 217.
Jacoby 371.
Jarchy 735.
Idiotie 233.
Jendrássik 81, 359, 744.
Jendrássik'sches Verfahren 7.

Jelgersma 233, 328, 488, 545, 577, 609.
Jennings 697.
Jewezki 526.
Imaginäre Ulceration der Zunge 735.
Imbecilität (congenitale Missbildung beider Hände etc.) 664.
Impotenz (psychische) 725.
Imschort 606.
Intercostalneuralgie (Ursache: Aneurysma) 210.
Intoxication (bei professionellem Kosten des Weines und der Liqueure) 474, 475.
Joal 629.
Johnson 29.
Joseph 201.
Ireland 313, 536.
Irrenärzte, Congress russischer 752.
Irrenanstalten 133.
" . Aufnahme idiotischer Kinder 313.
" Aufnahme von Trunksüchtigen 617.
" Aufnahme in 619.
" Luftraum für den Kopf in 698.
Irrenbehandlung (Fortschritte in d.) 158.
Irresein chron. 157.
" acutes, tödtliches 183.
" moral. und epileptisches 348.
" impulsives 667.
" menstruales 726.
Irrenwesen Entwickelung desselb. im XIX. siècle 315.
Jutton 297.
Iwanowna Cath. 649.

Kälte- und Wärmeempfindung 427.
Kahler 239, 317.
Kast 430.
Kataleptische Todtenstarre 501.
Katatonie 348.
Kaufmann 713.
Kaumuskulatur, Parese 97, Localisation d. corticalen Kaumuskelcentrums 464.
Kétli 107, 327, 334, 372 743.
Kinne 314.
Kirn 631.
Kleinhirn, Hämorrhagie 41, Sarcom 117,
" Cystosarcom. 352.
" nucleus dentatus des 489.
" Hemisphärenläsion 208.
" (Pathologie desselben) 716.
Kny 716.
Köhler 276.
Kojewinkoff 654.
König 70.
Kopp 20.
Korssakew 199.
Kowalewsky 65, 85.
v. Krafft-Ebing 58, 229, 230, 249, 379, 380, 474, 634.
Krabbel 337.
Kramer 529.
Kräpelin 441.
Kubli 554.
Kurella 385.
Küssner 469.

Laache 302.
Laehr 124, 619.
Lagneau 383,
Lagrange 124.
Lähmungen, Lehrbuch ders. 89.
" durch Einbildung 90.
" nach Keuchhusten 129.
" rechtsseitig (cum Aphasia) bei Keuchhusten 160, 641.
" Coma, Tod bei Epilepsie 160.
" des Oculomotorius 173, 491; des Facialis (Gehörsstörung) 353.
" nach Infectionskrankheiten 199.
" cortical 209, 269.
" der Augenmuskeln 222; progressive 368.
" Paraplegie bei Pott'scher Krankheit 257.
" Convergenzlähmung 300.
" Paraplegie nach Gelenkrheumatismus) 337.
" des radialis traumat. 417.
" cerebrale der Kinder 430.
" der Gehirnnerven (mehrfache) 449, 481.
" d. oberen Extremität nach Traumen d. Schulter 495.
" d. Blickes (isolirte 528.
" facialis 534.
" des 6. u. 7. Hirnnervenpaares 454.
" infantile spastische 683.
Landois 231.
Landouzy 255.
Lange C. 252, 254, 501, 684.
Langreuter 279.
Laparotomie 30.
Lapointe 445.
Larger 123.
Larrogue 383.

Larroque 704.
Laufenauer 161.
Lavers 469.
Leclere 748.
Leegard 305.
Lehmann 57.
Leidesdorf 251.
Lemoine 440, 652.
Lenumaim 332.
Leppmann 475, 507.
Lepra (trophoneurotische Processe bei) 664.
Letulle 382.
Lewis 303.
Leyden E. 240.
Linkshändigkeit (angeboren oder erworben?) 658.
Lobi optici der Knochenfische 644.
Lombroso 348.
Long 149.
Loewenfeld 409, 431, 714.
Lossen 624.
Lovet 47.
Ludwig II von Bayern.
Luys 671, 720.
Lyer Bristowe 125.

Mackenzie 149.
Madsen 683.
Maere 499.
Magenneurosen 43.
Maison de Santé de Préfargier (1886) 699.
Magnan 55.
Maiorfi 346.
Mairet 533.
Manie (Remission derselben) 221, 441.
„ (Paralyse vortäuschend) 379.
Marro 685.
Martins 172, 528.
Mastkur (Mitchell-Playfair'sche) 502.
Mauthner 15.
Marchi 294.
Mayr 187.
Mays 30, 149.
Meigs 369.
Meinert 468.
Melancholie 379, Fall von — 3facher Kindesmord 504.
„ Urinanalysen bei Melancholischen 685.
Mendel 709.
Meningitis cerebro-spinalis 44, 430.
„ tuberculosa 94, 148, 750.
„ b. Pneumoniecoccus 289, 428.
„ basilaris 303.
„ spinal. (Typhus abdom.) 336.
Meningitis und Typhus-Kniephänomen Unterscheidungszeich? 626.
Mercier 656.
Mercklin 378.
Meschede 647.
Mesnet 375.
Methylal 148.
Meynert 593, 623.
Michell 305.
Mickle 41.
Mierzjewski 377, 745.
Migräne (Aetiol. u. Therap.) 272.
Mills 158.
Minor 167,
Mitchel 42.
Mittendorf 368.
Moebius 22, 129, 225, 237, 243, 449, 481, 641.
Moeli 7, 187.
Moeller 504.
Moll 681.
Money Angel 126, 626.
Monoplegia brachialis 62.
„ anaesthetica 465.
Montyel 475.
Moravcsik 361.
Mordret 600.
Morphium, Intoxication acute 14.
„ Fall von Morphinismus 504.
„ Behandlg. d. M.-Sucht 436.
„ Geisteszustand und Verantwortlichkeit der 448.
Sucht u ihre Behandlg. 687.
„ Befreiung von der M.-Sucht durch Spartein und Nitroglycerin 697.
Morphiomanie 702.
Morris 95.
Morse 330.
Morselli 310, 437.
Motorische Zone, Erkrankung ders. 70.
Muhr 665.
Müller Ad. 30.
Müller O. 646.
Muskelatrophie, progressive 77, 255, 721, 743.
„ hyperexcitability 301.
„ histor-krit. Darstellg. derselben 495.
Musso 595.
Myel .
Myopathie, primäre 77, 627.
Myxoedem 127, 141, 370.

Nasenschwindel 629.
Naught 376.
Naumann G. 657.

Nervenerkrankung, syphilitische 18;
„ acut entzündliche 33;
„ bei Quecksilbervergiftung 382.
„ des Gesichts reflect. Natur 245.
„ des Gesichts 372.
Nervencompression (zu therapeut. Zwecken) 658.
Nervendehnung, blutige 47.
„ therap. Werth 124.
Nervensystem, sympathisches 90.
„ centrales (mikroskop. Untersuchung) 328.
„ Erkrankung nach Malleria 500.
„ (Sarcom desselben) 329.
„ Veränderungen desselben nach Amputationen 553.
„ Untersuchungsmethoden 745.
Nervus accessorius Willisii 265.
Netter 239, 428.
Neumann 534.
Neuralgie (des Hodens) 255.
„ Behandlung derselben 310, 339.
„ ulnaris 376.
Neurasthenie und Patophobie 65.
„ sexualis beim Manne 249.
„ moderne Behandlung ders. 409.
Neurectomie 624.
Neuritis 14.
„ periphere 88, 121.
„ multiple 94, 199, 297, 315, 349, 628.
„ peripheral 122, 335.
„ multiple 122, 334, 335, 370, 718.
„ puerperalis 237.
„ der Wurzel 239.
Neuropatholog. Mittheilungen 712.
Neurosen, acut entzündliche 33
„ 213.
„ (nach Sehstörung) 246.
„ d Amputationsstümpfe) 624.
Névrite segmentaire 39.
Neusser 248
Nieden 247, 407.
Nielsen 719.
Nikolski 466.
Nocera (Jahresbericht 1886) 699.
v. Noorden 534.
Norman 192.

Oculomotoriuskern 749.
Oculomotoriuslähmung, halbseit. 743.
Oebbecke 124.
Offer 183.
Oliver 552.
Onufrowicz 402.
Oophorectomie 29.
Opium (bei Diabetes) 254.
Oppenheim 202, 315, 349, 522, 532, 555, 710, 714.
Ophthalmoplegia, doppelseit. 97.
„ propressive 107.
„ externe und interne 108, 300, 744, 749.
„ (nach Rachendiphtherie) 526.
„ nucléaire 654.
Ord 127.
Orlow 306.
Oserezkowski 168.
Osley 148.
Ott 364.
Otto 73.

Pacher 725.
Pachymeningitis, cervical. 127, 626.
„ abortiva 493.
„ spinalis 330.
Paetz 589.
Paraldehyd 230, 435.
Paralyse, allgem. fortschr. u. Lues 92, 156, 312.
„ Erkennung derselben 125.
„ pseudohypertrophica 140.
„ cerebralis der Kinder 146.
„ progressive im Knabenalter 154, 444.
„ progressive. Erkrankung der Blase u. Prostata bei 157.
„ progressive (Pupillenstarre) 187, 569.
„ Nervenfasern in der Hirnrinde bei 437.
„ atrophische spinale 199.
„ (sexuelle Schwäche bei) 221.
„ (paralysir. Schwindel) 512.
„ (alcoholische) 533.
„ amyotrophische 555.
„ Lesestörungen bei 631.
Paramyoclonus multiplex 85, 242, 605, 660.
Paranoia 313.
„ persecutoria 380, 534.
Parinaud 300.
Parke 339.
Parker 565.
Pasternatzky 121.
Passive Bewegungen 718.
Patellarsehnenreflexe 70, 95.
„ Fehlen ders. bei Gesunden 304.
Peabody 117, 352.

Pedjkow 603.
Pel 459.
Pellagra 248.
Pelmann 617.
Personali 148.
Peter 271.
Petit mal 250.
Petraens 504.
Philipps 297.
Pick A. 182.
Pichon 724.
Pirkler 607.
Pisaneschi 349.
Pitres 39.
Plagiocephalie 153.
Planés 445.
Plantargeschwür bei Tabes dors. 21.
Plexus chorioideus, Tumoren 110.
Polydipsie 18.
Polyurie 18.
Polyomyelitis anterior chron. 710.
Pontoppidan 367, 494, 502, 521.
Poore 270.
Popow 596.
Porter 301.
Potain 629.
Pott'sche Krankheit, Paralyse 47.
„ „ Paraplegie 373.
Processe gegen Irrenärzte (England) 32.
Protopopoff 199.
Pryce 657.
Pryer 127.
Pseudochorea electrica 748.
Psychiatrie 124.
„ Aufgaben d. klinischen 65, 439.
Psychopathia sexualis 58, 91, 92, 474, 634.
Psychosen (Classification) 124.
„ (Nierenkrankheiten) 185.
„ (transitorische nach Alcoholgenuss) 251.
„ (Uebersicht) 253.
„ (Heilung) 277.
„ (Verlauf derselben) 340, 645.
„ (Pubertatis) 346.
„ (Puerperal) 346, 725.
„ (plötzliche Heilung) 349.
„ (bei cerebr. Kinderlähmung) 378.
„ (Wechselfieber) 440.
„ (Zwillingspsychosen) 506.
„ (Einwirkung fieberh. Krankheiten auf) 632.
„ (initiale Formen ders.) 646.
Pupillen-Ungleichheit 121, 376.
Purjess 118.
Purpura (Abdominalsymptome) 501.
Purtscher 408.
Putnam 374.
Pyramidenkreuzung 235.
Ramaer 315.
Raoult 664.
Raynaud'sche Krankheit 370.
Reactionszeit (Dauer derselben) 328.
Réboul 41.
Reflexe, Localisation ders, 81.
„ (Magenhusten reflector.) 668.
v. Reick 23.
Reinhard 403.
Remak 324, 493, 531. 711.
Renault 543.
Reynolds 553.
Ricco 698.
Richter 173, 188, 363, 398, 670, 783.
Rieger 415, 416.
Riggs 22.
Riess 473.
Rindfleisch 264.
Robertson 146, 277.
Rockwell 150, 384.
Rosenbach 267, 353.
Rosenberg 23.
Rosenheim 718.
Rosenthal M. 43. 266.
Ross James 122, 208, 238.
Roth 198.
Rottenbiller 321.
Royer 748.
Rückenmark, Tumor 38, 138; Differentialdiagnose zw. Tum. u. der cauda equina 552.
„ bilaterale Degenerat. 40.
„ psychische Function 74.
„ Verletzung 95.
„ Embolie 117.
„ Geschwülste und Höhlenbildung 136.
„ hyaline Entartung der grauen Substanz 198.
„ Hinterstränge (Beziehgn. derselb. zu der excitomot. area cerebri) 207.
„ Hinterstr. (Bestandtheile derselben) 596, 651.
„ Hemiläsion des 266.
„ Entzündung (acut, diffus) 267; d. Echinococcus 603.
„ Herdsclerose 269.
„ zwei kürzlich beschriebene Stränge 296.
„ Zellen in der substantia gelatinosa 326.
„ Halsmark (Compress.) 331.
„ Leitungsbahnen 366.
„ Syphilis 369.
„ Geisteskranker 379.
„ Halbseitenläsion 464.
„ Verletz. d. Halstheils 552.
„ Clarke'sche Säulen (abnorme Entwickelung) 595.

Rumination 472.
Rumpf 142.
Rybalkin 660.

Saccozzi 489.
Sachs 138.
Salm 472.
Sander 188, 670, 733.
Sandor 241.
Santvoord 329.
Savage 31, 277, 564.
Sawatzky 124.
Schädelverletzung 381.
„ synostosen (Diagnose) 623.
Schatalew 199.
Scheiber 14.
Schenkel 319.
Scheps 177.
Schiff 207.
Schiffers 246.
Schläfenlappenläsion 140.
Schlafsucht (nicht Inanition) 535.
Schramm 30.
Schreibekrampf 222.
Schröder 502.
Schröter 590.
Schuchardt 278.
Schüle 616.
Schüler 739.
Schütz 506.
Schulüberbürdung etc. 383, 671.
Schwachsinn 187.
Schwächezustände (originäre geist.) 634.
Schwarz Arthur 490.
Schwartz 381.
Schwarz A. 13, 14, 108.
de Schweinitz 369, 715.
Sclerodactylie 629.
Sclérose en plaques 41, 145, 210.
Sclerosis lateral. amyotrophica 118, 428.
Sebilean 495.
Sée 375, 672.
Seekrankheit (Nitroglycerin) 200.
Seelenblindheit 216.
Séglas 534, 704.
Seguin 716.
Sehnenreflexe (Steigerung) 22.
Seidel 54.
Seiffert, Otto 30, 435, 606.
Seitz 519.
Selbstmordgedanken 282.
„ neigung bei congenitalem Schwachsinn 313.
Selbstverstümmelung 31.
Semmola 211.
Semos 704.
Senator 370, 535.
Seppilli 136, 157, 345, 346, 495.
Sergi 328.
Serreins 245.
Sexualempfindung (conträre) 229.
Seumola 61.
Shad 158.
Sherington 40, 296.
Schuttleworth 312.
Siemens 344.
Siemerling 522, 532, 555, 723.
Sighicelli 505.
Sigaud 625.
Sinclair 31.
Singer 238, 500.
Sioli 700.
Sklerodactylie 719.
Smith 277.
Soerensen 489.
Sohrt 273.
Sollier 751.
Somnambulismus 150, 375.
Spalding 44.
Spannungsströme (therap. Wirksamk.) 173, 622, 681.
Spasmus glottidis 123.
Spere 236.
Spinalganglien (Physiologie) 201, 745.
Spinalparalyse, spastische 12, 13.
„ pseudo-hypertroph. 22.
Spitzka 235, 716.
Squire 79.
Stan 368.
Starr 335.
Stauungspapille 87.
Steiner 469.
Stellway'sches Symptom 372.
Stewart 379.
Stintzing 434, 597.
Stirnhirn 125.
Strahan 435.
Strümpell 22.
Stummheit (primäre bei einem nicht tauben Kinde) 667.
Stuprum (Attentat auf die Schamhaftigkeit) 667.
Sublimathinjectionen bei Hundswuth 305.
Suckling 90, 436.
Suggestion 703; Behandlung mit Suggestion bei Amenorrhoe 703.
Sutherland 379.
Swasey 117.
Syphilis cerebralis 119 und Dementia paralytica 344.
„ congenitalis 126.
„ d. Nervensystems 142.
Syringomyelie 88, 267.
Szili 743.

Tabes, neurit. Muskelatrophie bei 531.
„ (Pathologie) 532.
„ (Prognose und Therapie) 560.
„ (frühzeitige und neuropath. (Belastung) 603.
„ (Pseudo-Tabes nach Arsenik) 663.
„ Plantargeschwür 21.
„ Dacryorrhoe bei 159.
„ Patellarreflex bei 167.
„ Accessoriuslähmung bei 172.
„ mit Laryngealcrisen u. Ophthalmoplegia externa 208.
„ Herzaffectionen bei 240.
„ Symptomatologie der 241.
„ (Pathologische Anatomie) 264.
„ mit Charcot'scher Gelenkerkrankung 269.
„ Neuritis bei 324.
„ (Anwendung von Acetanilid bei) 383, 431.
„ Vagussymptome bei 469.
„ Darmsymptome bei 494.
„ tabischer Fuss (Diagnostik) 529.
Talma 74.
Tamburini 348, 504.
Tanzi 427.
Taquet 697.
Taylor 47, 370.
Tellegen 276.
Temperatursinnsprüfung 747.
Terrillon 255, 432.
Tetanus 23, 62, 146.
„ traumaticus 45.
„ Aetiologie 123, 127.
„ (nach Verbrennung — Tod) 303.
„ cephalicus 432.
„ (in der Schwangerschaft) 468.
„ electr. Erregbarkeit d. Nerven und Muskeln bei) 468.
Thein 149.
Therapeutische Mittheilungen 647.
Thiersch 470.
Thistle 274.
Thomsen 11, 400, 528, 569.
Thomsen'sche Krankheit 120, 371, 673.
Thomson 331.
Thorbuin 552.
Tollwuth 150, 499.
Tomaschewsky 177, 308.
Tooth 206.
Tourette 533.
Trautwein 723.
Trepanation bei Epilepsie 54.
Trophische Störungen (rheumatisch. Ursprungs) 543.
„ „ (psychischer Ursache) 630.
Trunkenheit und Zurechnung 31.
Trussewitsch 200.
Tuczeck 429.
Tuke 347.
Turnbull 314.
Thyphus cerebrospinalis 271.

v. Uckermann 667.
Ueberwachungsstationen 589.
Uhthoff 246, 400.
Ulrich 87.
Ustilago Maidis 42.

Vaginismus 272.
Vaillard 39.
Vaolin 62.
Ventra 338, 698.
Venturi 153, 346.
Verbrecher (Classification) 278.
„ (geisteskranke) 279.
„ (gehirne) 592.
Verneuil 735.
Verrücktheit (religiöse bei 5 Familienmitgliedern) 697.
Vertebralarterienligatur 128.
Vierordt 171.
Vigouroux 705, 750.
Villemin 254.
Virchow 325, 326.
Voisin A. 703.
Voorthuis 269.
Vrain 601.
Vulpian 255.

Wagner 319, 472, 518, 632.
Isch-Wall 601.
Wahnsinn 219, 220.
„ der Querulanten 665.
Waldschmidt 276.
Walshe 364.
Watkins 304.
Weill 242.
Wellenbergh 252, 278.
Wells (Swayne; zurechnungsf.? 314.
Wernicke 439.

West 160.
Westphal 70, 77, 200, 749.
Wherry 372.
White 57.
Wichmann 136.
Wien (Landesirrenanstalt-Jahresbericht 1885) 700.
Wiglesworth 40, 121, 209.
Wide 658.
Wilbrand 216.
Wilcox 240.
Wilks 271.
Wildermuth 151.
Wille 185.
Winkler 252.
Winner 303.
Wise 157.
Withe 150.
Witkowski 722.
Witzel 624.
Wollner 148, 243.
Wortblindheit 625.

Zacher 437.
Zeleriski 745.
Zenner 95.
Zennes 313.
Ziehen 170, 728.
Ziem 97.
Zirbeldrüse (Structur) 296.
Zurechnungsfähigkeit, Begutachtung desselben 739.



Redaction: I. V. Dr. L. Goldstein in Aachen.
Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28).

scheinlich, dass die Symptome der Tabes im Allgemeinen (wenn auch nicht alle) den Veränderungen der Gehirnrinde zuzuschreiben sind und dass die Sclerose der Hinterstränge eine Degeneration in Folge der bezeichneten Veränderungen ist. Es ist demnach die Tabes keine Erkrankung des Rückenmarks sondern des Gehirnes. Zum Schlusse demonstrirt er seine Präparate. An den Vortrag schloss sich eine längere Discussion an, an welcher Schwarz, Donáth, Szili, Lenhossék, Scheiber, Kétli theilnahmen.

Pollák (Budapest).

II. Psychiatrischer Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 17./29. October 1887.

635) **Mierszejewski:** *Ueber den Einfluss der Schilddrüsenextirpation auf das Centralnervensystem bei Thieren.* (Referat folgt.)

636) **Zelerizki** (Aus dem Laboratorium des Prof. Bechterew in Kasanj): *Experimentelle Untersuchungen zur Frage über die Veränderungen im Rückenmark, Nerven und Wurzeln nach Durchschneidung der letzteren und über die trophische Bedeutung in den Spinalganglien.*

Nach Durchschneidung der Spinalganglien erhält man nach Verlauf einer mehr oder weniger langen Zeit bei Färbung nach der Weigert'schen Methode folgende Veränderungen: 1) Diffuse Entartung des peripheren (gemischten) Nerven und der Fasern des Spinalganglions, während die Zellen dieses letzteren unversehrt bleiben. 2) Entartung des cenrtalen Theiles an der durchschnittenen hinteren Wurzel, bei unveränderter vordere Wurzel 3) im Rückenmakr: Veränderungen in der Wurzelzone der Burdach'schen Säulen, Verminderung der Fasern des Nervennetzes und der Ganglienzellen in der grauen Substanz, woraus man sich eine Vorstellung über den Verlauf der sensiblen Fasern machen kann. Eine trophischen Einfluss der Spinalwurzeln muss Vortragender auf Grund seiner Untersuchungen ableugnen, wenigstens wird durch die Thatsache, dass auch nach der Durchschneidung der hinteren Wurzel in dem peripheren Nerven sich noch unverminderte Fasern vorfinden, bewiesen, dass nicht alle sensiblen Fasern ihre trophischen Centren in diesen Ganglien haben.

637) Mierszejewski stellt einen Kranken (wie alt?) vor, der in seinem 24. Lebensjahre nach einem Schlage auf den Kopf Gehör und Sprache verloren hatte. (Wratsch Nro. 44.)

Hinze (St. Petersburg).

III. Referate und Kritiken.

638) **Ira Van Gieson** (New-York): A resumé of recent technical methods for the nervous system. (Resumé der neueren teschnischen Behandlungsweisen des Nervensystems.) (The journal of nerv. & ment. dis. Mai 1887, p. 310.)

Die Golgi'*schen Methoden.*

1) Die Silbermethode: Kleine 1 bis 2 Kbcm. grosse Stückchen werden in 2% Lösungen Kal. bichrom. (oder Müller'scher Flüssigkeit),

welche Campher enthält, gehärtet, die Conzentration wird beim Wechseln der Flüssigkeit bis zu 5% erhöht, die Dauer der Härtungszeit hängt ab von der Menge des Materials, der Conzentration der Lösung und der Temperatur. Eine constante Temperatur von 20—25° C. ist vortheilhaft. Im Sommer dauert die Härtung bis zu 50 Tagen, im Winter bis zu 16 Wochen. Um allen postmortalen Veränderungen vorzubeugen injicirt G. eine 2% Lösung von Kali bichrom., welche 5—6% Gelatine enthält, in die Carotiden. Der Härtungsprozess kann beschleunigt werden durch Zusatz von Erliki'scher Flüssigkeit, oder indem man nachhärtet in einer Mischung von 8 Theilen 2½% Lösung von Kali bichrom. und 1% Osmiumsäure.

Die gehärteten Stücke kommen dann in eine ¾% Lösung von Argentum nitricum, welche öfter erneuert werden muss, bis sich kein Silberpräcipitat mehr bildet. Bei nicht completer Härtung soll eine ½% Silberlösung, bei Ueberhärtung eine 1% gebraucht werden. Hierin bleiben die Präparate 24—30 Stunden; ein längeres Verweilen ist gewöhnlich unschädlich. Die Schnitte werden sorgfältig in Alcohol ausgewaschen, dann in Kreosot und Terpentin aufgehellt. Ist dies Auswaschen sorgfältig geschehen, so brauchen die Schnitte nicht vor Licht geschützt aufbewahrt zu werden. Die Methode ist etwas unsicher.

2) Die Sublimatmethode. An Stelle der Silberlösung nimmt man eine ½% Sublimatlösung, die mehrere Wochen einwirken muss. Diese Methode hat den Vorzug, dass man sogar ein ganzes Gehirn in toto härten und färben kann.

Pal's *Modification der G. Methoden.*

1) Die mit Sublimat behandelten Präparate werden mit einer ¼ bis ½% Lösung von Schwefelsaurem Natron behandelt, bis die durch das Sublimat erzeugten weissen Flecke schwarz werden. Die Schnitte werden ausgewaschen und können mit Magdalaroth gefärbt werden.

2) Die Silberpräparate können in derselben Weise behandelt werden. Diese Methode lässt die Fortsätze der Ganglienzellen nicht so deutlich erscheinen als die modificirte Sublimatmethode.

Pal's *Modification der Weigert'schen Methode.*

Die Behandlung mit Kupfer fällt weg. Statt dessen werden der W. Hämatoxylinlösung 2—3 Kbcm. Lithium carbonicum zugesetzt. Die Schnitte werden 24—48 Stunden lang gefärbt, und in Wasser ausgewaschen. Sind die Schnitte nicht dunkelblau gefärbt, so werden dem Wasser noch 2—3 Kbcm. Lith. carbon. zugefügt. Die Schnitte kommen alsdann in eine ¼% Lösung von Kalipermanganat 20—30 Sekunden lang; hierauf auf einige Sekunden in folgende Lösung:

Acid. oxalicum 1,0
Kal. sulph. 1,0
Aq. dest. 2000.

Zeigen sich feine Niederschläge auf den Schnitten, so legt man sie nochmals einige Sekunden in die Permanganatlösung, und dann nochmals in Oxalsäure.

Schnitte, die nach den Golgi'schen Methoden behandelt worden sind, kann man auf diese Weise färben, wenn man sie vorher 24 Stunden lang in eine 5% Chromsäurelösung gelegt hat.

Pal empfiehlt auch eine Permanganatlösung von 1 auf 400 zur Entfärbung von in 1% Osmiumsäurelösung gehärteten Präparaten.

Alcanna als Entfärbungsmittel. Achard (Archives de physiologie 1887 Nro. 2.) empfiehlt eine conzentrirte alkoholische Lösung der Rinde der Alcannawurzel als Entfärbungsmittel für das Centralnervensystem wie für die peripherischen Nerven. Stücke der Wurzel werden mehrere Tage lang in einer gut verkorkten Flasche in 90% Alkohol macerirt, bis die Lösung granatroth ist. Die Lösung muss oft frisch bereitet werden. In Chromsäure gehärtete Stücke bleiben in dieser Lösung 2 Stunden lang bei Luftabschluss. Die gefärbten Schnitte werden rasch ausgewaschen und in Glycerin gelegt. Die Marksubstanz färbt sich dunkelbraun, ähnlich wie bei Weigert, mit dem Nachtheil, dass sie nicht in Canadabalsam, der die Farbe auszieht, gelegt werden können. Die Schnitte können vorher auch mit Carmin gefärbt werden.

Veränderungen in den Ganglienzellen durch Härtungsmittel. (Przebinsky, Virchows Archiv. Bd. 107. I.)

Koenig (Dalldorf).

---

639) **Goldscheider** (Berlin): Eine neue Methode der Temperatursinnprüfung. (Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 659.)

Die leitende Idee der Arbeit — die sich der ausserordentlich vielen in Betracht kommenden minutiösen Details wegen nicht gut zu einem Referat eignet — ist die Entwerfung einer landkartenähnlichen Eintheilung der gesammten Körperoberfläche in Bezug auf Empfindlichkeit für Kälte und Wärme. Sowohl durch Vergleichung der beiden Körperhälften an *einzelnen* Individuen als auch an *verschiedenen* Versuchsobjecten (im Ganzen 30) konnten mehr oder weniger grosse Hautprovinzen abgegrenzt werden, die in Bezug auf Kälte oder Wärme ein analoges Verhalten zeigten. Diese Bezirke wurden nach ihrem relativen Werthe in einer aufgestellten Empfindlichkeitsskala nummerirt und zwar wurden für den Kältesinn 12 und für den Wärmesinn 8 Zahlen angenommen, die übrigens nicht den absoluten Werth (also *nicht* ist Provinz 8 zweimal so empfindlich als 4! etc.) angeben, sondern nur die Reihenfolge der Schwellenwerthe der Empfindlichkeitsintensität bezeichnen sollen. Je höher die Ziffer desto grösser die Empfindlichkeit. Diese topischen Abstufungen zeigten bei verschiedenen Menschen eine genügende Constanz, um eine allgemein gültige Zusammenstellung zu erlauben, woraus zur Genüge die Abhängigkeit der Temperaturempfindlichkeit von der Innervation der Haut hervorgeht. — Der Verf. denkt sich nun die Methode der Temperatursinnprüfung folgendermassen: Gestützt auf die vorliegenden Tabellen werden die als Maassinstrumente dienenden kalten oder warmen Metallcylinder auf einzelne der in dem zu untersuchenden Gebiet enthaltenen Prüfungsstellen (nach den vorliegenden Zeichnungen!) aufgesetzt, und denselben bezüglich ihrer Empfindungsstärke durch Vergleichung mit andern Stellen eines sicherlich normalen Gebietes der Körperoberfläche eine Stellung in der Empfindlichkeitsscala zugewiesen und dieselben

so auf ihre Stellung in der Tabelle geprüft. Am besten macht man mit der *Kälte*empfindlichkeit den Anfang. Wegen des Vortheils der vergleichenden Abstufung glaubt Verf., dass seine Methode relativ genauere Resultate zu geben im Stande ist als anderweitige allgemeine Sensibilitätsprüfungen. —

Bezüglich der zahlreichen Detailfragen der Arbeit muss auf das Original verwiesen werden. Besonders behandelt werden folgende Punkte: Constanz der Prüfungsstellen, Nomenclatur derselben, Diagnose pathologischer Anomalien, Schwierigkeiten und Fehlerquellen, Technik der Prüfung, Cautelen. (Ermüdung, äussere Abkühlung), Gang der Untersuchung und Beispielstatus. —

Aus dem Verzeichniss der Prüfungsstellen seien von der ausserordentlich grossen Anzahl nur die folgenden hervorgehoben. Die *erste* hinter der Ortsbezeichnung stehende Zahl bedeutet die Stellung in der *Kälte*sinnscala, die *zweite* die Stellung in der *Wärme*sinnscala: Glabella; 3.3; Frons infer. 5.5; Nasenspitze 2; Mentum 3.3; Tuber parietale 4.2; Hinterhaupt 4.3; Os hyoid. 2.3; Sterno-cleidomast. 5.6; Dorsum pollicis 4.4; circum Olecranon 3.2; Hypothenar 3.1; Daumenspitze 1.1; Antibrach. med. 7.3; M. Deltoideus 9.5; Clavicula 5.3; Jugulum 5.5; Sternum suprem. 5.5; Fossa supraclavicul. 5.5; Fossa supraspinat. 4—5.4; Rücken 6—10.6; Regio mammillar 10.7; Mammilla 11.8; Regio lumbal. 11—12.8; Reg. iliaca 11.8; Nates 6.4; Regio pubis 3.3; Femur 8.4; Patella 4.1; Genu intern. 7.4; Malleol. extern. 1.1; Dorsum pedis 8—9.3; Dorsum halluc. 3.1; Gr. Zehenballen 1.1; Calx 1.1; Planta med. pedis 7.2. etc. etc.

Langreuter (Eichberg).

---

640) **Leclere** und **Royer**: Ueber einen Fall von rythmischen convulsivischen Krämpfen, welche an die unter der Bezeichnung Pseudochorea electrica beschriebenen Fälle erinnern. (Rev. de médic. Nro. 2.)

20 jähriger verheiratheter Mann ohne jegliche krankhafte Antecedentien, sehr nervös und eindrucksfähig. Zwei Tage nach einer Erkältung bei schwitzendem Körper wird der Kranke Morgens von Zuckungen am rechten Oberschenkel in der Höhe des vorderen oberen Theiles derselben ergriffen, welche am folgenden Tage den ganzen Oberschenkel und den Unterleib erreichten, zwei Tage später auch an einzelnen Halsmuskeln sichtbar waren.

Status praesens am 8. Tage der Krankheit. Die Muskelzukkungen betreffen nur das rechte Bein, am Abdomen aber sind sie beiderseitig und am heftigsten. Es sind klonische, heftige Krämpfe, welche ein hörbares Geräusch hervorrufen, etwa 40 Mal in der Minute und überall in gleicher Stärke und Dauer auftreten, manchmal aber namentlich im Beginnen, häufiger, 50—60 Mal in der Minute, sind; im Schlafe dauern sie fort, sind wenig schmerzhaft. Der Unterleib wird während der Krämpfe kahnförmig und wird dabei ein leises exspiratorisches Geräusch hörbar, die tastende Hand erkennt die Zusammenziehung der Obliqui und der Recti abdominis, am Beine contrahiren sich besonders der Tensor fasciae latae und der Triceps, ein wenig

nur die Muskeln an der Innenfläche des Femur. Bei jedem Krampf wird das Bein erschüttert und ein wenig gehoben, aber nicht so stark dass die Ferse das Bett verlässt. Die übrigen Muskeln des Körpers sind absolut gesund, die Sensibilität der afficirten Theile normal, der rechte Patellarreflex etwas erhöht. Der Kranke genas nach Anwendung grosser Gaben Choralhydrat und Bromkalium.

Diese Beobachtung erinnert an die von Bergeron, unter der unpassenden Bezeichnung der chorée electrique beschriebenen Fälle. Man vergleiche die Thèse von Berlaud (Bergeron's Schüler), (Paris) und die vorzügliche Monographie von Lannelongue, Nosographie des chorées. Th. d'aggrég. Paris 1886.

Hinze (St. Petersburg).

---

641 **Westphal** (Berlin): Ueber einen Fall von chronischer progressiver Lähmung der Augenmuskeln (Ophtalmoplegia externa) nebst Beschreibung von Ganglienzellengruppen im Bereiche des Oculomotoriuskernes.
(Arch. f. Psych. XVIII. 3. p. 846.)

Ein 44jähirger Mann wurde im Sept. 1882 in die Charitè aufgenommen. Im August 1881 Anfall von Bewusstlosigkeit mit Lähmung des rechten Armes, seitdem mehrere ähnliche Anfälle. Mitte März 1882 Entwickelung einer Geistesstörung von paralytischem Character. Bei der Aufnahme besteht vollständige *Lähmung der willkürlichen Augenmuskeln*, während die *Accomodation nicht wesentlich alterirt* ist. Ptosis. Abblassung der Opticus-papillen. Beginnende Atrophie der l. Zungenhälfte, Parese des Gaumensegels. Geringe Bewegungsstörung der unteren Extremitäten, Kniephänomen fehlt rechts, ist links stark herabgesetzt; später etwas Schwanken bei geschlossenen Augen. Obere Extremitäten ohne Störung. Narben am Penis. (Trotzdem wird anamnestisch Lues geleugnet). Die Psychose dauert bis zum Tode fort, welcher am 19. Oktober 1883 eintritt.

Die Section ergab in ihren Hauptpunkten: (Pneumonie und Lungenoedem. Starke cylindrische Erweiterung der aufsteigenden Aorta mit starkem Atherom.) Die Pia cerebralis ist stark oedematös und verdickt, Rinde und Marksubstanz sind ohne nachweisbare Veränderung. Der die Wichtigkeit des Falles bedingende Befund an den Gehirnnerven und deren Kernen ist kurz folgender: Die Stämme der N. N. *oculomotorii* sind beiderseits in hohem Grade degenerirt, ebenso sind die *Kerne* in ihrer ganzen Länge deutlich atrophisch. *Dorsalwärts* von denselben sieht man beiderseits unmittelbar neben der Raphe eine *eigenthümliche Gruppe von Ganglienzellen* von der Form eines aufrecht stehenden Ovals, auf den meisten Schnitten rechts und links gleich gross. Lateralwärts von dieser Zellenhäufung und zwar im Niveau des oberen Endes wird eine *zweite ähnliche Gruppe* constatirt mit horizontalem längstem Durchmesser. Die Ganglienzellen beider sind sehr reichlich und ihre Grenzen setzen sich sehr scharf von der Umgebung ab. (Die Beschreibung der mit diesen Gruppen in Verbindung stehenden Faserbündels siehe im Original und den beigegebenen Abbildungen.)—

Der *Trochlearis*-stamm erscheint atrophisch, während sein Kern keine nachweisbare Veränderung zeigt. — Die zum *Abducens*-kern führender Fasern sind verschmälert und die Kerne selbst beiderseits atrophisch. *Facialis* nebst Kerne sind normal. Der *Hypoglossus* ist einseitig erkrankt und zwar sind der linke Kern und dessen Wurzeln atrophisch Die *N. N. optici* sind in den hinter dem Bulbus gelegenen Querschnitten von einem leichten partiellen *interstitiellen* Prozess betroffen. Im Rückenmark bestand eine Degeneration der Hinterstränge vom Hals-bis Sacraltheile. — Die in diesem Befunde das meiste Interesse in Anspruch nehmenden neu entdeckten medialen und lateralen *Ganglienzellengruppen* im *Bereiche des Oculomotorius-Kernes* spricht der Verf. als Ursprungsstellen gewisser Wurzelfasern des Oculomotorius selbst an und zwar höchstwahrscheinlich derjenigen, welche der *Accommodation* vorstehen, also die inneren glatten Augenmuskeln versorgen. Es lag diese Deutung nahe, weil in dem beschriebenen Falle mit Atrophie des Haupt-Oculomot.-Kernes sämmtliche willkürliche Augenmuskeln gelähmt und bereits fettig degenerirt waren, während einzig die Accomodation ungestört war. Da die neuen Zellengruppen nun nachweisbar mit den Wurzelfäden des Nerven zusammenhängen, blieb für sie nur die Funktion der Accomodation übrig. Westphal citirt Literaturangaben mit analogen Befunden anderer Autoren, die seine Auffassung noch plausibler machen. Bezüglich dieser muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Langreuter (Eichberg).

---

642) **Ferret:** Méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal chez un sujet scrophuleux. (Tuberkulöse Meningitis in Folge einer einfachen Erweiterung des Thränennasencanals bei einem scrophulösen Individuum.) (Le Progrès médical 1887 Nro. 41.)

Bei einer 38 Jahre alten Dame, scrophulös, mit hartnäckiger Ozaena, wurde wegen einer Dacryocystitis in leichter Chloroformnarkose die Erweiterung der Canalis nasolarcymalis mit dem Messer vorgenommen und eine Sonde eingeführt. Nach dem Erwachen geringes Erbrechen. 9 Tage darauf Symptome von Meningitis, die am 4. Tage zum Tode führte.

Holtermann (Sachsenberg).

---

643) **Vigouroux:** Sur le traitement et sur quelques particularités cliniques de la maladie de Basedow. (Ueber die Behandlung und einige klinische Eigenthümlichkeiten des M. B.)

(Le Progrès médical 1887. Nro. 43.)

Verf. hat bei der Behandlung des M. B. günstige Wirkung nur von der Faradisation gesehen und beschreibt die Art und Weise seines Verfahrens, auf dessen exacte peinliche Ausführung er grossen Werth legt. Er bedient sich einer breiten, 7—8 Cm. im Durchmesser haltenden Electrode, die an der unteren hinteren Seite des Halses befestigt während der ganzen Sitzung liegen bleibt und nur zeitweise angefeuchtet wird. Die andere mit dem negativen Pol in Verbindung stehende olivenförmige oder mit einem schmalen 1 Ctm. breiten Knopf versehene Electrode wird am inneren Rande des Sternomastoideus in

der Höhe des Kieferwinkels aufgesetzt und zwar so fest, dass man das Klopfen der Carotis fühlt. Nach $1^1/_2$ Minuten wird die andere Halsseite ebenso behandelt. Der Strom muss so stark sein, dass die auf den motorischen Punkt des Sternomastoid. gesetzte Electrode eine starke Contraction auslöst.

Dann folgt die Faradisation des Orbicularis palpebrarum. Hierauf wird die kleine Electrode mit einer circa 4 Ctm. Durchmesser haltenden vertauscht und diese dicht oberhalb des Sternum aufgesetzt zur Faradisation des Schilddrüsentumors. Dann Wendung des Stromes und Faradisation der Praecordialgegend. Application der Electrode im III. Intercostalraum dicht neben dem Sternum während 3 Minuten Der Strom darf nur so stark sein, dass er fibrilläre Zuckungen des Pectoralis major auslöst. Die ganze Sitzung dauert 10—12 Minuten. und soll mindestens alle 2 Tage wiederholt werden. Eine Besserung der einzelnen Symptome tritt unter diesem Verfahren schnell ein, zur Heilung sind mindestens 6—12 Monate und darüber erforderlich. Irgend welche andere Medication oder Behandlung findet neben diesem Verfahren nicht statt; eine Erklärung der physiologischen Wirkung kann zur Zeit nicht gegeben werden. Holtermann (Sachsenberg).

---

644) **Sollier:** Attaques d'hystéro-épilepsie supprimées par suggestion hypnotique. (Hystero-epileptische Anfälle durch Suggestion in der Hypnose geheilt.) (Le Progrès medial 1887 Nro. 42.)

Es handelt sich um eine erblich stark belastete 23 jährige Frau, die eine Reihe hysterischer Symptome, Störungen der Sensibilität, des Gesichts, Gehörs, Geruchs und Geschmacks darbot und ausserdem an Gesichtshallucinationen litt. Die Anfälle, die schon vor der Verheirathung wenn auch in geringerer Intensität und Häufigkeit bestanden hatten, traten 18 Monate nach derselben gehäufter und schwerer auf, so dass die Kranke schliesslich zu jeder Arbeit unfähig wurde. Da jede andere Behandlung versagte, die Kranke sich jedoch der Hypnose zugänglich erwies, wurde eine Einwirkung auf ihren Zustand durch Suggestion versucht. Es wurde ihr in der Hypnose aufgegeben während eines bestimmten Zeitraums von Tagen frei von Anfällen zu sein; der Zeitraum wurde — anfänglich auf wenige Tage beschränkt — später allmählich in wiederholten Sitzungen auf Wochen und Monate zuletzt auf immer ausgedehnt. Der Erfolg war bis dahin günstig, seit einem Jahre ist nur ein Anfall aufgetreten und zwar gerade an dem Tage, an dem der in der Hypnose bestimmte Zeitpunkt abgelaufen war. Die übrigen hysterischen Erscheinungen wurden nicht gebessert.

S. will dieses Verfahren nur bei schweren Fällen angewandt wissen und warnt vor zu sanguinischen Erwartungen; denn alle Hysterischen lassen sich nicht hypnotisiren und wenn auch, sind sie doch nicht immer der Suggestion zugänglich; ausserdem räumt er dem Vertrauen der Kranken auf die Behandlungsmethode, das durch anfängliche leichte Erfolge gehoben wird, einen grossen Einfluss auf die Wirksamkeit derselben ein. Holtermann (Sachsenberg).

---

645) Arbeiten des ersten Congresses vaterländischer Irrenärzte vom 5.—11. Januar 1887 in Moskau. (St. Petersburg. 106 S.) (russisch.)

Der langersehnte Band ist endlich erschienen, welcher der wissenschaftlichen Welt Zeugniss davon ablegen soll, dass auch im fernen Osten die Irrenärzte eifrig und erfolgreich am gemeinsamen Aufbaue der Psychiatrie mitarbeiten. Das umfangreiche Material und einige Nebenumstände verzögerten den Druck des Werkes, dessen Inhalt ich hiermit kurz anzeige und mir vorbehalte, über Vorträge von allgemeinerem Interesse eingehender zu berichten. Der Congress wurde durch Initiative der Regierung berufen, um über Einrichtung Verwaltung von Irrenanstalten, über Irrengesetzgebung zu berathen und sind desshalb recht viele Mittheilungen von rein localem Interesse. Das Buch zerfällt in folgende Abschnitte:

Statuten des Congresses.

Programm seiner Beschäftigung.

Verzeichniss der Mitglieder des Büreaus und der Irrenärzte, welche an der Versammlung Theil nahmen. (86, darunter 6 weibliche Aerzte.)

Eröffnung des Congresses.

Rede des Dr. Ostroglasow über die Entstehung und die Organisation des Congresses.

Wahl des Präsidenten. (Prof. Mierszejewski).

Rede des Präsidenten: über die Bedingungen, welche die Entwickelung von Nerven- und Geisteskrankheiten in Russland begünstigen und über die zu ihrer Verminderung zutreffenden Maassregeln.

Eröffnung der Specialsitzungen des Congresses, Wahl des Ehrenpräsidenten, des Vicepräsidenten und des Schriftführers.

Mittheilungen der einzelnen Mitglieder.

Schluss des Congresses.

Rede des Prof. Spinorski über die Aufgaben der neuropsychischen Hygieine und Prophylaxis.

Schlussrede des Präsidenten. Hinze (St. Petersburg).

Dieser Nummer liegt Titel mit Register der Originalien und alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss bei.









v.10. Centralblatt fur
1887. Nervenheilkunde. 4670.
4670
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCH

